



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**JAMYLLE CARVALHO GUIMARÃES MENDONÇA
MORAIS**

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS**

Aracaju (SE)

2013.2

JAMYLLE CARVALHO GUIMARÃES MENDONÇA
MORAIS

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Sergipe, em cumprimento às normas do Estágio Curricular regulamentadas pela resolução nº 02/1997/CONEP, para obtenção da Graduação em Odontologia.

Área: Odontopediatria

Orientadora: Prof^a. Dra. Margareth Aparecida Meneses de Almeida

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Sônia Maria Alves Novais

Aracaju/SE

2013.2

Morais, Jamylle Carvalho Guimarães Mendonça Morais. **Avaliação da saúde bucal de crianças e adolescentes institucionalizados.** Monografia (Graduação em Odontologia) Departamento de Odontologia. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju/SE: 2013/2.

**JAMYLLE CARVALHO GUIMARÃES MENDONÇA
MORAIS**

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Odontologia do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Aprovada em Aracaju/SE, em ____/____/____

Prof^a Dra. Margareth Aparecida Meneses de Almeida – Orientadora
Universidade Federal de Sergipe

Sônia Maria Alves Novais – Examinadora
Universidade Federal de Sergipe

Alina Lúcia Oliveira Barros - Examinadora
Universidade Federal de Sergipe

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais,
ao meu marido e ao meu anjo Miguel.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, fonte de toda sabedoria, doador de graças à minha vida por não me deixar desaninar nunca.

À minha família, pelo amor incondicional e incentivo, sem vocês nada disso seria possível. Ao meu pai Morais, meu eterno herói, exemplo de caráter, humildade e responsabilidade, que sempre sonhou os meus sonhos e nunca mediu esforços para caminhar ao meu lado.

À minha mãe, fonte de inspiração, amor e dedicação à nossa família, abdicou muitas vezes dos seus sonhos para realizar os nossos. Meu amor por vocês é infinito! Essa vitória é nossa!

Ao meu marido Arivaldo Neto, por todo amor, paciência, companheirismo e zelo por nossa família. Ao meu filho Miguel, que iluminou meus dias, fonte de amor e cuidado, com você minha vida tem cada dia mais sentido. Amo muito vocês!

Aos meus irmãos Janaína e Rodrigo, pelo cuidado, cumplicidade, carinho e amor.

À minha professora e orientadora Dr^a Margarete, pelas orientações, atenção e apoio durante a tensa fase de monografia.

À professora e co-orientadora Dr^a Sônia Maria, pelas orientações e suporte, exemplo de amor e dedicação aos seus alunos e trabalho, sempre me contagiando com suas belas orações diárias e amor à odontologia.

Aos professores do Departamento de Odontologia e da UFS, pelos ensinamentos, trocas e sugestões tão importantes no amadurecimento das minhas idéias.

A todos meus amigos do curso, obrigada pelo conhecimento compartilhado e amizade verdadeira, em especial a: Tamires, Thales, Tuan, Elaine, Yasmin, Aliston e Katiuska. À minha dupla: Breno Aquino (“neno”), pelos estudos,

auxílio, amizade, conselhos profissionais e de irmão. Sem vocês o tempo de universidade não seria o mesmo.

Aos meus amigos verdadeiros e familiares pelo incentivo em todos os momentos, para os quais não é necessário nomear.

A todos que não citei, mas que de alguma forma contribuíram para a minha formação, meu muito obrigada!

EPÍGRAFE

“Tudo é possível para quem tem coragem.”

(J.K.Rowling)

RESUMO

No Brasil, há mais de trinta e cinco mil crianças abrigadas em Serviços de Acolhimento Institucional, as quais encontram-se em uma situação de vulnerabilidade em diversas questões, como as condições da saúde bucal, que repercutem de maneira negativa na sua qualidade de vida. O objetivo deste trabalho foi avaliar a saúde bucal de crianças institucionalizadas, a partir de revisão de literatura extraída de artigos científicos, livros, teses e dissertações. Conclui-se que o papel sócio-educativo que o cirurgião-dentista exerce dentro das instituições é de fundamental importância para redução significativa no índice de cárie e biofilme dessas crianças, através de ações e programas preventivos que repercutem em questões relacionadas ao autocuidado e incorporação de hábitos de higiene

Palabras-chaves*: *Crianças institucionalizadas. Cirurgião-dentista. Saúde bucal. Papel sócio-educativo

ABSTRACT

In Brazil, there are over thirty-five thousand children sheltered in Institutional Commitment Services, which are in a situation of vulnerability on various issues such as the conditions of oral health, which impact negative in their quality of life. The objective of this work was to evaluate the oral health of institutionalized children, from review of the literature extracted, scientific articles, books, theses and dissertations. It is concluded that the socio-educational role that dentist carries with in institutions has a critical importance to a significant reduction in the rate of decay and biofilm on these children through preventive actions and programs that impact on issues related to self-care and incorporation of hygiene habits.

Key-words: institutionalized. Children. Dentist. Oral health. Socio-educational role

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4 DISCUSSÃO	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia vem sofrendo modificações que priorizam cada vez mais a importância da promoção à saúde, em consultórios odontológicos, creches, escolas, empresas e, particularmente, em instituições e abrigos, aplicando métodos educativo-preventivos a fim de prevenir doenças como a cárie dentária, implantando hábitos de higienização, bem como a familiarização das crianças e seus responsáveis legais com procedimentos voltados à saúde bucal.

Os abrigos – ou orfanatos, educandários e casas-lares – são instituições responsáveis por zelar pela integridade física e emocional de crianças e adolescentes que tiveram seus direitos desatendidos ou violados, seja por uma situação de abandono social, seja pelo risco pessoal a que foram expostos pela negligência de seus responsáveis. Significando que, durante o período em que permanecerem abrigados, esses meninos e meninas ficam legalmente sob a guarda do responsável pelo abrigo, devendo seu atendimento ser acompanhado pelas autoridades competentes, com atenção especial para a garantia de todos os direitos que lhes são assegurados na legislação brasileira, inclusive aquele referente à convivência familiar e comunitária (SILVA; AQUINO, 2005).

As crianças institucionalizadas em abrigos são vítimas da miséria social, que envolve a violência, a ignorância e negligência de suas famílias e esta é uma realidade presente nas famílias brasileiras. A vulnerabilidade das famílias encontra-se diretamente associada à situação de pobreza e ao perfil de distribuição de renda no Brasil. Na institucionalização em Abrigos estas crianças passam a viver sem a referência do que é ter uma família, acolhimento, segurança, relação afetiva mãe-filho e rompem os laços de convivência familiar e comunitária. Suas necessidades básicas são atendidas por profissionais denominados cuidadores sociais (MARQUES; CANO; VENDRUSCOLO, 2007).

Existe um acolhimento provisório da criança abandonada e há uma preparação e acompanhamento para que retornem futuramente à família de

origem ou façam parte do processo de adoção dentro de um dispositivo jurídico-técnico que tem o objetivo de “proteger a infância” (WEBER, 2005). O núcleo familiar é de significativa e de incomensurável importância para o ser humano, principalmente as crianças que estão em fase de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (MARQUES; CANO; VENDRUSCOLO, 2007).

O vínculo é um aspecto tão importante no desenvolvimento das crianças que é garantido pelo Estatuto da Criança e Adolescente no Capítulo III- Do Direito a Convivência Familiar e Comunitária- Art. 19: “Toda criança tem direito de ser criada no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária” (BRASIL, ECA, 1990).

Em todos os tipos de atendimento, as creches e instituições que abrigam menores se colocam como igualmente relevantes à necessidade de que o trabalho realizado no seu interior tenha não só um caráter assistencial, como também educativo. Assim, além da garantia do atendimento nutricional, de saúde e da segurança, se reconhece a importância de existirem determinadas condições de treinamento e, portanto, de recursos materiais e humanos no sentido de propiciar o desenvolvimento infantil (AZEVEDO; PADILHA, 2011).

A implantação de programas de saúde pública nessas instituições visa à promoção, manutenção e recuperação de saúde da população alvo, ou seja, daquela para qual são dirigidas as ações. A conscientização e valorização da saúde, começando já na idade pré-escolar onde se mostra maior capacidade de assimilação de informações, tornam-se a maneira mais eficaz de transmissão de conhecimentos. Assim, ações educativas e preventivas devem ser incorporadas aos hábitos de vida dessas crianças, principalmente aqueles relativos à boca e aos dentes (FABRE; NILELA; BIFFI, 1998).

Vale ressaltar que as crianças estão mais propícias à assimilação de novos conhecimentos e hábitos, dos quais devem ser enfatizadas a higienização e manutenção da saúde bucal (ABEGG, 1999).

O aprendizado de questões relacionadas à saúde bucal requer a participação ativa do aprendiz. As crianças colocam o aprendizado em prática se este for relacionado a pessoas de papel significante, como os professores, os pais e outros que contribuem como formadoras de opiniões. Daí a grande a importância, dos profissionais de saúde é ser um modelo de práticas relacionadas com a saúde bucal (AZEVEDO; PADILHA, 2011).

Para Sheiham (2000), o autocuidado depende das condições de vulnerabilidade que cercam as pessoas, portanto, as doenças da cavidade bucal podem ser evitáveis pelo emprego adequado de medidas preventivas, mas pouco se conhece sobre os fatores que condicionam os indivíduos a assumirem ou não um comportamento preventivo. Os modelos tradicionais de atenção, em sua maioria, baseiam-se no pressuposto de que o comportamento é regido por determinantes internos no nível do indivíduo como, por exemplo, percepção, crença, atitude ou intenção. Contudo, são importantes as condições socioeconômicas e ambientais, que condicionam o comportamento de cada pessoa.

Dentre as populações infantis de baixo nível socioeconômico, destacam-se as de crianças institucionalizadas, especialmente aquelas que vivem em orfanatos. Entretanto, poucos estudos têm sido realizados sobre a condição de saúde bucal desse grupo populacional e são raros os relatos de medidas específicas de promoção de saúde bucal desenvolvidos neste tipo de instituição, constituindo- se geralmente de estudos clínicos (SILVERSTEIN et al., 2004)

O cirurgião-dentista exerce um papel de suma importância no contexto psicossocial dessas crianças e adolescentes, demonstrando o quanto é importante manter um sorriso saudável, através de motivações, como palestras educativo-preventivas, cartilhas, fluoroterapia.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é através da revisão de literatura avaliar as condições da saúde bucal de crianças institucionalizadas, ressaltando a importância da atenção odontológica referente a estas instituições, tratando e, principalmente, prevenindo doenças orais de alta prevalência na faixa etária de 0 a 16 anos. Dessa forma, origina-se um vínculo com as crianças e adolescentes, não somente visando a saúde bucal, mas também educacional, inserindo-os no contexto social.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Martin, Guthrie e Pitts (1993) definiram um sorriso saudável, de acordo com o ponto de vista da psicologia infantil, como um meio para as crianças começarem a formar relações interpessoais e aumentar a autoestima. Os conceitos contemporâneos de saúde sugerem que a saúde bucal de crianças seja definida em termos de bem-estar físico e de inserção social, ressaltando a importância do papel do cirurgião-dentista (GHERUNPONG et al., 2006).

O Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento, iniciativa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, apontou que o Brasil tem aproximadamente 37 mil crianças e adolescentes abrigados nos mais de dois mil e seiscentos Serviços de Acolhimento Institucional – SAI do país. O estudo foi elaborado em 2011 pelo Centro Latino-Americano de Estudo de Violência e Saúde Jorge Careli – CLAVES/Fio Cruz com o apoio do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS e do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (*Disponível em: <http://www.viablog.org.br/acoes-educativas-em-instituicoes-de-acolhimento/#sthash.wOMas7JK.dpuf>*).

As razões que explicam esse fato provavelmente estão relacionadas ao agravamento de problemas estruturais da sociedade brasileira e aos desafios colocados às famílias na contemporaneidade, nos quais se incluem a reprodução intergeracional de um estilo parental permissivo, indiferente ou autoritário, a incidência de acontecimentos estressantes como o desemprego crônico e a dissolução das relações conjugais, a fragilidade da rede social de apoio no cumprimento das funções de sustento e educação dos filhos (CAVALCANTE; MAGALHÃES; PONTES, 2009).

As instituições para crianças e adolescentes abandonados estão presentes há muito tempo na sociedade brasileira, desde a roda dos expostos, ainda no período colonial, passando pelos internatos, formatados nos moldes das instituições totais, até os abrigos de proteção mais atuais, previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL,ECA,1990). Dessa forma, é possível constatar que a institucionalização de crianças e adolescentes, como

estratégia de cuidado e atendimento a essa população, mostra-se enraizada na cultura brasileira (SIQUEIRA; DELL' AGLIO, 2006).

O Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, em seu artigo 92, garante o atendimento personalizado e em pequenos grupos, o convívio com a família e a comunidade local e a participação de pessoas da comunidade no processo educativo. Medida protetiva excepcional e provisória, o acolhimento se torna necessário quando crianças e adolescentes encontram-se em situação de vulnerabilidade social e pessoal, devido ao rompimento ou à fragilidade dos vínculos familiares, situação de abandono, vivência de rua ou outras situações nas quais seus direitos foram violados. Diante desse cenário, fica evidente a necessidade e a importância das ações educativas, que desempenham papel fundamental para a garantia da cidadania de crianças e jovens em situação de abrigo (BRASIL, ECA, 1990).

De maneira geral, a família é considerada o primeiro e o principal contexto de desenvolvimento da criança, justamente porque tem obrigações e responsabilidades bem específicas ao longo da trajetória de socialização da criança. Desse modo, é dever dos pais cumprir as funções de sustento, educação e assistência aos filhos, procurando colocá-los a salvo de qualquer forma de abandono, violência ou discriminação. Entretanto, a pobreza pode levar pais e outros cuidadores a falhar ou se omitir nessas tarefas. Nessas circunstâncias, a experiência da convivência familiar tende a se realizar em um contexto marcado por uma série de privações que são decisivas para o bem-estar físico e emocional da criança (CAVALCANTE; MAGALHÃES; PONTES, 2009).

De acordo com Amorim, Yazlle e Rosseti-Ferreira (2000), a investigação de aspectos relacionados ao processo de saúde e doença em ambientes coletivos de cuidado (como são os abrigos infantis, as creches e outras unidades de educação infantil), envolve necessariamente uma rede de elementos e significações que compõem os contextos de desenvolvimento da criança institucionalizada, propiciando a integração de fatores explicativos de natureza orgânica, física, interacional, social, econômica e ideológica.

O estudo de Yunes et al. (2002) sobre abrigos, apontou a predominância da função assistencialista, fundada na perspectiva tão somente de ajudar as crianças abandonadas, havendo um frágil compromisso com as questões que implicam no desenvolvimento na infância e da adolescência. Além disso, são observados problemas funcionais, como, por exemplo, o número de funcionários inadequado, ocasionando dificuldade no cumprimento das funções, sobrecarga das tarefas e um atendimento pouco eficaz; e a precariedade na comunicação dentro dos microssistemas institucionais (funcionário/diretoria do abrigo, adolescentes/funcionário, entre outros) e, sobretudo entre os microssistemas (abrigo/escola, abrigo/Conselho Tutelar, abrigo/outra instituição que a criança ou adolescente frequenta, entre outros), refletindo dificuldades de articulação na rede de apoio social (SIQUEIRA; DELL' AGLIO, 2006).

Dell'Aglio (2000) investigou diversos aspectos no desenvolvimento de crianças e adolescentes que viviam em instituições de abrigo e que viviam com a família, não tendo encontrado diferenças consistentes entre os grupos. As análises apontaram resultados semelhantes no nível intelectual e desempenho escolar, tendo sido encontrada diferença somente nos índices de depressão, que foram mais altos entre as meninas institucionalizadas. No entanto, este resultado não pode ser interpretado como indicação de que haja alguma relação causal entre institucionalização e depressão. Na maioria dos casos a institucionalização se deu em consequência de eventos traumáticos na família (abandono, violência doméstica, negligência), podendo ter sido este o principal fator de risco para a depressão.

Em 2004, Martins e Szymansky mencionaram que a criança que tem pais afetivos e vive em um lar bem-estruturado consegue desenvolver um sentimento de segurança e confiança em si mesma que a torna capaz de enfrentar situações adversas, ajustando- se a elas com maior facilidade. Ao contrário, se a criança cresce em situação irregular, afastada da vida familiar, pressupõe-se uma base de segurança tênue, o que pode prejudicar suas relações com os outros, havendo prejuízos, inclusive, nas várias funções de seu desenvolvimento.

Rizzini (1993) enfatizou que a criança institucionalizada, mesmo recebendo cuidados alimentares, higiênicos e médicos, ela caminha

tardiamente, demora a falar e tem dificuldade de reproduzir hábitos rotineiros para outras crianças.

Do ponto de vista da análise ecológica do desenvolvimento humano, contudo, não são apenas os fatores familiares que exercem influência direta sobre os processos de saúde/doença na primeira infância. Também a contínua e a longa permanência da criança em ambiente institucional pode se constituir em um importante fator de risco à saúde infantil, deixando-a particularmente vulnerável a doenças infecciosas e problemas dermatológicos, bem como à manifestação de diversos estados de depressão (CAVALCANTE; MAGALHÃES; PONTES, 2009).

O processo de aprendizagem passa a exercer um papel significante para as crianças do abrigo, elas necessitam dos cuidadores para estabelecer relações afetivas e se estruturar como sujeito, com identidade própria. Portanto, quando os hábitos de higiene estão relacionados com pessoas do seu convívio que exerçam função de formadores de opinião, nesse caso, os cuidadores sociais. Estes condicionam esses menores à realização de hábitos de higiene oral e corporal, sendo esses cuidados primários, favorecendo a rotina do autocuidado, que já se enquadra como medida preventiva de doenças que têm alta incidência nos abrigos (MARQUES; CANO; VENDRUSCOLO, 2007).

Na escola ou na creche, para a criança valorizar a saúde e estabelecer a autopercepção do corpo, o autoconhecimento, bem como mostrar a importância de cuidar, hoje, do corpo para ser um adulto saudável. A abordagem deve ser lúdica e interativa e reconhecer os avanços e os esforços das crianças (CORRÊA, 2013).

Além de prevenção, devem ser incluídos na educação das crianças, ensinamentos sobre higiene bucal. A faixa etária de 4 a 7 anos é considerada a época mais oportuna para que a criança desenvolva hábitos alimentares e de higiene corretos, considerando-se que os modelos de comportamento aprendidos nessa idade são profundamente fixados e resistentes a alterações (GOSUEN, 1997).

Côrrea (2013) relataram que a motivação deve se adequar à idade da criança e, para isso, o profissional precisa usar artifícios que despertem o interesse pelo assunto e impulsionem esta criança a tomar os cuidados

necessários para promover e manter a saúde bucal. O cirurgião-dentista pode utilizar diversos recursos com a finalidade de promover a saúde, particularmente em creches ou em instituições, tais quais: reveladores de biofilme bacteriano, macromodelos, brinquedos, livros, sistema audiovisuais, materiais dentários com diferentes odores, sabores e cores, sem esquecer da conversa direta com as crianças. Para isso é fundamental que o profissional acredite em seu trabalho, nas informações transmitidas, pois sua postura, tom de voz, conhecimento e envolvimento tornarão o assunto mais atrativo.

A saúde bucal adquire maior importância quando se fala em qualidade de vida da população, assim, é essencial a busca de mecanismos que ampliem o âmbito de suas ações e viabilizem mudanças no perfil epidemiológico brasileiro. A luta pela saúde bucal está diretamente vinculada à melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que referenda a responsabilidade e dever do Estado em sua execução (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

A prevalência da cárie dentária no Brasil em crianças e jovens vem sendo estudada ao longo dos anos. Pesquisadores paulistas verificaram que crianças residentes em Diadema, São Paulo, com idade variando entre 30 e 36 meses, que participaram da Campanha Nacional de Multivacinação, apresentaram um ceo-d (número de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados) médio de 2,89. Esses autores relataram que a gravidade da cárie dentária em crianças na faixa etária de 0 a 36 meses aumenta proporcionalmente ao aumento da idade (FEITOSA; COLARES, 2004).

Em estudos odontológicos, a associação entre nível socioeconômico e cárie dentária está amplamente estabelecida, que este é um problema socioeconômico e comportamental que afeta crianças em idade precoce e que, se não for interceptada no início da infância poderá comprometer a saúde bucal em idades mais avançadas e, consequentemente a qualidade de vida do indivíduo. A magnitude e gravidade da cárie dentária em dentes decíduos constituem-se ainda em um grave problema de saúde e necessita receber atenção especial (FEITOSA; COLARES, 2004; GRADELLA et al., 2007).

Tomita (1999) mostrou que crianças do estrato socioeconômico menos favorecido apresentaram maior preferência pelo açúcar e também maior prevalência de cárie, o que implica a necessidade de planejar ações

direcionadas à educação em saúde e promoção de saúde bucal em populações com privações sociais, a fim de evitar a perda precoce de dentes.

A perda precoce dos dentes decíduos está entre os incontáveis fatores etiológicos de uma má oclusão. O trauma e as doenças periodontais influenciam consideravelmente na ocorrência das perdas dentárias, mas é a cárie dentária que continua a ser a principal vilã do alto índice dessas perdas. Portanto, a manutenção da higidez da dentição decídua concorre para o desenvolvimento normal da oclusão na dentição permanente, sendo um excelente “mantenedor de espaço” natural. As consequências mais comuns da perda precoce do dente decíduo são a rotação dental, extrusão do antagonista, mesialização do germe do dente permanente, retenção do dente permanente, mordida cruzada, apinhamento secundário, entre outras (GUEDES-PINTO, 2000).

A cárie dentária é uma doença infectocontagiosa, multifatorial, que constitui um dos principais problemas de saúde bucal de relevância para a saúde coletiva no Brasil (FLORIO; PEREIRA, 2003). Apesar dos avanços tecnológicos e empenho dos profissionais no combate e prevenção da cárie, ela ainda atinge parte considerável da população brasileira, sendo cerca de 50% das crianças acometidas pela doença, se consideradas as diferentes faixas etárias nos diversos estados brasileiros (LEITE; RIBEIRO, 2000).

De forma geral, os valores referentes à prevalência de cárie são particularmente altos quando consideradas a faixa etária 5 a 12 anos, obtendo um resultado de 43,5% de crianças que apresentam lesões cariosas, segundo o levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 2010 – SB Brasil (BRASIL, 2010).

Devido aos elevados níveis de prevalência de carie e de trauma dental na dentição decídua, a abordagem adotada pelo cirurgião-dentista no atendimento de crianças na primeira infância pode favorecer uma introdução à odontologia agradável para o paciente infantil, os pais e o profissional. O programa de aconselhamento sobre saúde bucal deve ser individualizado e proporcionar informações sobre o desenvolvimento do sistema estomatognático, hábitos deletérios, cárie e medidas caseiras de cuidados com a saúde bucal (COLARES et al., 2002).

Cruz et al. (2004) mencionaram que fazer com que os pais tomem consciência do seu papel educativo com relação à higiene bucal dos seus filhos é o primeiro passo para a obtenção de sucesso na construção de hábitos de higiene bucal na criança. Favorecendo a prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento integral da criança em todos os aspectos relacionados com a boca nas diferentes idades e fases de desenvolvimento. Nesta linha de pensamento, educação e prevenção têm papel fundamental. A educação dos pais e responsáveis é fundamental para o atendimento odontológico da criança, que tem o enfoque preventivo como ponto central para a manutenção da saúde.

Os métodos preventivos em crianças em idade escolar institucionalizada ou não, estão bem documentados, mas poucos são os que relatam o controle dos hábitos alimentares como meios de prevenção de cáries nessa faixa etária, ou seja, muita ênfase é dada ao dano causal pelo uso indiscriminado de carboidratos em crianças de idade referente e pouca nos bebês e crianças em idade pré-escolar (SANTOS, 2009).

Foi enfatizada a importância da implantação de programas de atendimento à criança desde o primeiro ano de vida, priorizando que a higiene bucal deve ser feita junto com a higiene corporal a fim de introduzir o hábito de associar a boca ao restante do corpo (SILVA; AQUINO, 2005).

Em relação ao tratamento de lesão cariosa, especialmente na faixa etária de 0 a 5 anos, o tratamento restaurador atraumático (TRA) poderia ser uma alternativa de intervenção odontológica que evitaria extrações desnecessárias (WANG et al., 2004). A introdução do TRA nos sistemas públicos de saúde bucal de países menos desenvolvidos aumentaria a proporção de dentes restaurados e selados (FRENCKEN, 2010).

O TRA, sendo uma técnica simplificada, que não necessita de equipamento odontológico convencional, pode ser realizado em diferentes espaços, como escolas, creches, hospitais. Desta forma, facilita o acesso para populações menos favorecidas. Deve-se ainda considerar o termo “atraumático” da técnica no aspecto psicológico. Sem uso de brocas, seringas e agulhas, o TRA torna-se menos desconfortável para pacientes infantis, favorecendo a cooperação da criança (COLARES; FRANCA; LIMA, 2012).

Quando se discute saúde bucal, algumas estratégias já são conhecidas na área de prevenção e promoção da saúde, entre elas, pode-se destacar a fluoterapia. O flúor, apesar dos problemas relacionados à fluorose dental, é uma forma importante e efetiva na redução da cárie em crianças (VIEIRA et al., 2005).

Vários programas desenvolvidos em escolas e abrigos utilizam a fluorterapia, junto ao acompanhamento odontológico, como medida preventiva. Além disso, a orientação profissional possibilita melhor desempenho na higiene dental, com efetiva redução de biofilme após escovação, maior frequência no uso de bochechos com flúor e fio dental, acesso à aplicação de selantes e, principalmente, acesso a uma educação preventiva e continuada (VIEIRA; KARBAGE, 2011).

Uma pesquisa realizada em Anápolis-GO avaliou a condição de saúde bucal das crianças mantidas nos orfanatos do município, a população do estudo foi constituída por 168 crianças de ambos os sexos, na idade de 6 a 12 anos. A prevalência de cárie foi bastante elevada em todas as idades e apenas 5,3% das crianças apresentavam-se livres de cárie. Aos 12 anos, o CPO-d foi 6,37. E a educação em saúde bucal e higiene oral mostraram-se deficiente para todas as idades. Concluíram que o estado de saúde bucal deste grupo de crianças é precário e que há necessidades urgentes de medidas de promoção de saúde bucal nas instituições pesquisadas (SANTOS; MARCOS; FREIRE, 1998).

Um estudo realizado em um município de Rondônia verificou a qualidade de saúde bucal através do índice de placa dental e índice de alteração gengival (AG) em 23 crianças de 3 a 12 anos, que encontram-se no Lar do Bebê em Porto Velho. Os resultados iniciais obtidos mostraram deficiência no controle do biofilme dental, IHO de 69,52%, e para a alteração gengival, o percentual de dentes que apresentaram sangramento gengival foi de 11,53%. A partir desta avaliação, foi executado um programa de higiene bucal, com escovação supervisionada, uso do fio dental e palestras educativas. Após reavaliação houve diminuição desses índices, fato que confirmou a eficácia do programa. (SILVEIRA et al., 2008).

Um estudo realizado por enfermeiros da Universidade Case Western Reserve e Universidade de Akron, observou que crianças sem lar que vivem abaixo da linha de pobreza mostraram-se cada vez mais propensas à obesidade e cárie dental conforme ficam mais velhas (“Obesidade e cárie dental na infância em crianças sem lar” –*Journal of Pediatric Health Care*). Pesquisadores examinaram as condições físicas de 157 crianças de 2 a 17 anos, que moravam num abrigo urbano para crianças sem lar. A maioria das crianças era de famílias com pais ausentes, chefiadas por uma mulher com um ou dois filhos. O estudo concluiu que o índice de massa corporal aumentava com a idade das crianças, assim como o número de lesões de cárie. (DIMARCO; LUDINGTON; MENKE, 2010).

Marguerite Dimarco (2010), professora associada na Faculdade de Enfermagem Frances Payne Bolton na Universidade Case Western Reserve, diz que a pobreza contribui para a má saúde dental por limitar o acesso a alimentos nutritivos, refrigeradores para conservar os alimentos e mesmo água corrente em alguns lares, outro fator que contribui para a má saúde dental é a falta de acesso a tratamento odontológico. Em suma, ela constatou que a cárie dental e a obesidade foram mais presentes entre as crianças do que outros problemas de saúde, como a asma.

Um estudo foi realizado por cirurgiões-dentistas em Fortaleza, com 133 participantes de ambos os sexos, mesmo nível socioeconômico e idade de 3 a 6 anos, distribuídas em quatro diferentes grupos. Dois grupos eram compostos de crianças institucionalizadas, e os outros dois por crianças de creches-escola, nos dois grupos, um recebia tratamento odontológico regular e o outro não, a coleta de dados constituiu-se de anamnese e exame clínico, utilizando o ceo-d. A análise dos dados demonstrou que a prevalência de cárie foi elevada para todos através do ceo-d, embora显著mente menor para aqueles que dispunham de assistência odontológica (VIEIRA; KARBAGE, 2011).

Um trabalho realizado em Piracicaba verificou, em crianças que frequentavam a Instituição Comunidade Educacional para o Trabalho e recebiam orientações de saúde bucal dos acadêmicos da disciplina de Odontologia social e preventiva, as condições dentárias e a percepção à saúde

bucal. Foi realizado um levantamento epidemiológico de cárie dentária em 82 crianças, com 12 anos de idade, utilizando o índice CPO-d formulado por Klein e Palmer (1937) e aplicou-se um questionário referente à percepção com os cuidados bucais. Pode-se concluir então, que os conhecimentos referentes à saúde bucal, transmitidos pelo programa, foram assimilados pelas crianças e elas apresentaram uma baixa prevalência do CPO-D (PERIN et al. 2004).

Um projeto foi desenvolvido na creche da comunidade Maria de Nazaré, com a participação de 90 crianças, de 0 a 2 anos, sendo realizadas visitas semanais, ações de sensibilização e de adequação às rotinas da creche. Fazendo parte destas ações, o diagnóstico de saúde bucal, a escovação supervisionada semanal, e a incorporação do processo às rotinas da instituição. Pode- se concluir que as crianças incorporaram o aprendizado de saúde bucal, mas o grande número de crianças, a excessiva carga horária de trabalho dos profissionais responsáveis e a carência de insumos específicos (creme dental com e sem flúor e escovas para substituição), dificultaram a manutenção do mesmo (PADILHA et al., 2011).

Oliveira (2011) avaliou a condição bucal de adolescentes institucionalizados em conflito com a lei e seu impacto na qualidade de vida. Foi realizado um estudo censitário transversal, entre Janeiro e Junho de 2010, envolvendo 102 adolescentes internos no maior Centro de Sócio- Educação do estado do Paraná. Foram avaliadas questões referentes à experiência de cárie dentária, má oclusão, condição periodontal, fluorose, condição de higiene bucal e traumatismo dentário. Após análise dos dados, concluiu-se que estes adolescentes apresentaram uma condição de saúde bucal pouco satisfatória, com alta prevalência dos problemas bucais, sendo a presença de dentes cariados não tratados a condição clínica com maior impacto na qualidade de vida desses indivíduos.

Uma pesquisa realizada em uma creche municipal de Recife-PE, apresentou um levantamento das condições de saúde bucal em crianças menores de 5 anos de idade, considerando prevalência de cárie, trauma dental e também a indicação do tratamento restaurador atraumático (TRA) na dentição decídua. A amostra foi composta por 111 crianças, e a saúde bucal foi

avaliada através de exame clínico na própria creche, utilizando o ceo-d. O TRA foi realizado de acordo com o protocolo da Organização Mundial de Saúde e a avaliação ocorreu após três meses. Observou-se que a prevalência de cárie foi de 29,73%, a indicação para o TRA foi de 60,6%, apresentando sucesso em 75% dos casos após os 3 meses ,e a prevalência de trauma dental de 23,42%. Sendo o TRA uma opção viável para crianças institucionalizadas (COLARES; FRANCA; LIMA, 2012).

Diversos autores comprovaram que programas educativo-preventivos, como: palestras, escovação dentária supervisionada, controle e avaliação do índice de biofilme bacteriano, são capazes de motivar e orientar as crianças e adolescentes quanto à prática de uma higiene bucal correta, obtendo-se, então, resultados preventivos satisfatórios, mostrando a eficácia na redução da prevalência de lesões cariosa e a validade de um programa de educação em saúde bucal (NAVARRO; ESTEVES; YOUSSEF, 1996; DINI et al., 1996; PERIN; BERTOZ, SALIBA, 1997; Garcia et al., 1998ab).

4 DISCUSSÃO

Analisando-se o crescente número de crianças abrigadas ou institucionalizadas no Brasil, pode-se justificar que esse aumento se deu pela exacerbação dos problemas socioeconômicos encontrados no país, e redução de oportunidades que se vinculam às famílias, a falta de moralidade que se encontra esse grupo, cada vez mais indiferente, somado com a rotina estressante dos acontecimentos, como o desemprego crônico, a devassidão das relações conjugais e familiares, e a facilidade governamental dada à rede social de apoio ao cumprimento das funções de sustento e educação dos filhos.

Constata-se que a institucionalização encontra-se enraizada na cultura brasileira e que funciona como técnica para cuidar e atender a crianças e adolescentes que por algum motivo devem se afastar momentaneamente ou provisoriamente de seus laços familiares. Sendo essa afirmação vista em diversos trabalhos (FREITAS, 1997; LEITE, 1997; MARCILIO, 1997).

O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, oferecendo a esse grupo sob qualquer circunstância, a precedência de atendimentos nos serviços públicos, em áreas relacionadas com a proteção da infância e a juventude, fruto da lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Portanto, é dever da sociedade em geral e do poder público, assegurar, com absoluta prioridade, o cumprimento dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, como são referidos na lei.

As diversas casas de institucionalização no Brasil relacionam o processo de saúde e doença em ambientes coletivos de cuidado, e envolve inúmeros fatores que devem ser apontados, como: o número escasso de cuidadores sociais, a escassez de materiais de uso individual, além de fatores explicativos de natureza orgânica, física, interacional, social, econômica e ideológica (YUNES et al., 2002; SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006).

Há de se considerar ainda, que a criança que cresce em situação irregular, afastada da vida familiar, como ocorre nos abrigos, pode apresentar prejuízos nas várias funções de seu desenvolvimento e dificuldades de reproduzir hábitos rotineiros para outras crianças, além de ter que dividir a atenção o empenho de um cuidador para várias crianças (HUTZ; SILVA, 2002).

Diversos autores afirmaram que as condições de higiene das crianças institucionalizadas podem ser prejudicadas, quando comparadas com o desenvolvimento, e comportamento desse grupo, com crianças em situação familiar regular, e que o grupo referenciado neste estudo, apresenta um desenvolvimento tardio, apresentando dificuldades de reproduzir hábitos rotineiros em relação as do outro grupo (HUTZ; SILVA 2002; MARTINS, SZYMANSKY, 2004; RIZZINI, 1993).

Já Dell'Aglio (2000) investigou diversos aspectos no desenvolvimento de crianças e adolescentes que viviam em instituições de abrigo e que viviam com a família, não tendo encontrado diferenças consistentes entre os grupos, apontou apenas que as que viviam em instituições têm uma predileção a desenvolver depressão, não estando isso relacionado ao fator institucionalização, mas aos traumas sofridos durante a infância.

Segundo o levantamento do perfil epidemiológico brasileiro, os valores referentes à prevalência de cárie são particularmente altos quando consideradas a faixa etária 5 a 12 anos, obtendo um resultado de 43,5% de crianças que apresentam lesões cariosas (BRASIL, 2010). Dado que confirma o estudo de vários autores, que verificaram a prevalência de cárie em crianças e jovens institucionalizados, através do CEO-D e CPO-D, relatando que a gravidade e incidência de cárie em crianças aumentam proporcionalmente ao aumento da idade (FEITOSA; COLARES, 2004; TOMITA, 1999; GUEDES-PINTO, 2000; FLORIO; PEREIRA, 2003; LEITE, RIBEIRO, 2000).

Tomita (1999) e Dimarco (2010) observaram que crianças do estrato socioeconômico menos favorecido apresentaram maior preferência pelo açúcar e também maior prevalência de cárie. Côrrea (2013) e Dimarco (2010) acrescentaram que a cárie dental foi mais presente entre as crianças do que outros problemas de saúde, como a asma e obesidade.

Estudos desenvolvidos em diferentes países relataram a existência da relação entre o status nutricional e a distribuição etária da cárie (SINTES; ROSA; FREUND, 1983; ROBINOW, 1987). Fato que está em concordância com o estudo realizado por Vieira e Karbage (2011) comprovando que crianças dos abrigos, em sua grande maioria, apresentavam carências nutricionais e foram as que apresentaram o maior índice de cárie.

Há unanimidade entre os autores pesquisados quanto aos métodos preventivos que podem e devem ser empregados nas instituições: o controle dos hábitos alimentares, a implantação de programas de atendimento à criança desde o primeiro ano de vida, a fluoterapia, e a orientação profissional, acessam a uma educação preventiva e continuada. Certificando que a presença de cirurgião-dentista associado a esses métodos levam a uma redução significativa no índice de cárie, além de estimular hábitos de higiene oral, e reduzir os índices de biofilme (VIEIRA; KARBAGE, 2011; SILVA, 2007; VIEIRA et al., 2005; CORRÊA, 2013).

Além de concordar com os demais pesquisadores Wang et al (2004) ainda acrescentam que o tratamento restaurador atraumático pode ser uma alternativa de intervenção odontológica que evitaria extrações desnecessárias. Fato que pode também ser comprovado através do estudo de Colares, Franca e Lima (2012).

Segundo observações de vários autores (COUTO; COUTO; DUARTE, 1992; GARCIA; CORONA; VALSECKI JUNIOR, 1998a, 1998b; TOMITA; SIMA, 1991) para motivar e educar é necessário utilizar uma terminologia acessível às crianças, que facilite a compreensão, além de métodos de motivação adequados.

Para que ocorra mudança de comportamento visando à obtenção e à manutenção da saúde bucal, a motivação é um fator primordial. Nesse processo é fundamental a participação das instituições devido à influência que exerce sobre as crianças, conscientizando e motivando para a adoção de hábitos saudáveis de higiene bucal (GUEDES-PINTO; RIZATTO; CALHEIROS, 1976).

Vários estudos demonstraram que é interessante a coparticipação entre dentistas e cuidadores na veiculação de informação sobre saúde e higiene

bucal para as crianças. Essa associação beneficia a comunidade infantil em uma faixa etária em que os hábitos alimentares e de higiene estão sendo formados (COUTO; COUTO; DUARTE, 1992; GARCIA; CORONA; VALSEKI JUNIOR, 1998b; GUEDES-PINTO; RIZATTO; CALHEIROS, 1976).

A ausência do cirurgião-dentista demonstrou ser o maior fator de risco para o aparecimento da doença cárie nesses jovens (VIEIRA; KARBAGE, 2011). No entanto, Padilha et al (2011) acrescentaram que as crianças incorporaram o aprendizado de saúde bucal aplicado pelos cirurgiões-dentistas, mas o grande número de crianças, a excessiva carga horária de trabalho dos profissionais responsáveis e a carência de insumos específicos, dificultaram a manutenção desses programas educativo-preventivos.

Diante do perfil epidemiológico de saúde desses grupos, há necessidade de ressaltar a importância da implantação de programas de saúde bucal de forma efetiva, seja nas creches, abrigos ou escolas, com o objetivo de reduzir os índices de biofilme e cárie dentária, promovendo uma melhoria na qualidade de vida para esse grupo de grande relevância (VIEIRA; KARBAGE, 2011; CORREIA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa revista, pôde-se constatar que o estudo de questões subjetivas como o desenvolvimento, a percepção de saúde e qualidade de vida em uma população com características tão peculiares quanto os adolescentes institucionalizados, merece atenção especial. Uma vez que essas crianças encontram-se em uma situação de vulnerabilidade em diversas questões, que repercutem de maneira negativa na sua qualidade de vida, sendo as afecções em saúde bucal uma importante questão a ser considerada, com destaque para a cárie dentária.

Dentro deste contexto, conclui-se que o estado de saúde bucal de crianças e adolescentes institucionalizados de uma forma geral é precário, fato que reforça o papel do cirurgião-dentista no estabelecimento da saúde do indivíduo, e o seu papel sócioeducativo dentro das instituições, através de ações e programas preventivos e de promoção de saúde, com repercussões em questões relacionadas ao autocuidado, à incorporação desses hábitos de higiene a rotina desses jovens. Além de propiciar uma melhor estética, autoestima e relacionamento interpessoal.

REFERÊNCIAS

- ABEGG, C. Notas sobre a educação em saúde bucal nos consultórios odontológicos, unidades de saúde e nas escolas. **Revista ação coletiva**, v.2, n.2, p.20-25, abr./jun. 1999.
- AMORIM KS, YAZLLE C, ROSSETI-FERREIRA C. Binômios saúde-doença e cuidado-educação em ambientes coletivos de educação da criança pequena. **RevBrasCrescDesenv Hum**, v.10,n.6,p:3-18, 2000.
- AZEVEDO, AC; PADILHA, WWN. Saúde bucal na comunidade Maria de Nazaré: reflexão de uma experiência de extensão popular. **Revista brasileira ciência e saúde**, v.15, n.2, p. 12, abr-jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. Lei n. 8069 de 13 de julho de 1990. Brasília/DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em: 06/01/2014
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil. Brasília; 2010. Disponível em :<http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/> Acesso em: 06/01/2014.
- CAVALCANTE, LIC; MAGALHAES, CMC; PONTES, FAR. Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. **Ciência e saúde coletiva**. v.14, n.2, p.615-625, 2009.
- COLARES,V; FRANCA, C; LIMA, RA. Condição de saúde bucal em crianças institucionalizadas menores de 5 anos. **Revista de Pesquisa em saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2012.
- COLARES V, SILVA AHL, GALVÃO AAP, FRANÇA CC, CARVALHO DSS, TAVARES SC. O atendimento odontológico da criança na primeira infância. **Odontolclín-cient**, v.1,n.1, p. 7-11, 2002.
- CORRÊA, MSNP. **Conduta clínica e psicológica na odontopediatria**. 2ed, São Paulo: Santos. 2013.
- COUTO, JL; COUTO, RS; DUARTE, C. A. Motivação do paciente. Avaliação de recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie e doença periodontal. **RGO**, v. 40, p. 143-150, 1992.
- CRUZ AMG, et al., Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clinica Integrada**, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 185, set./dez. 2004.
- DELL'AGLIO, DD; *O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes*. Tese de Doutorado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.Porto Alegre, RS, 2000.

DIMARCO, M; LUDINGTON, S; MENKE, E. Access/Utilization of Dental Care by Homeless Children. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v.21, p: 67-81, 2010.

DINI EL, FOSCHINI ALR, MENDONÇA FCC, NARDO G, ABBADE, MTG, FRAIS RLMS. Prevalência de cárie dental em pré-escolares após 3 anos do programa odontológico municipal de Araraquara/SP. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.10, n.1, p: 55-9, janeiro- março, 1996.

FABRE, RC; NILELA, EM; BIFFI, EMA. Programa de prevenção e educação em saúde bucal para crianças de 3 a 5 anos: um relato de experiência. **Revista do CROMG**, v.4, n.2, p.38, jul./dez., 1998

FEITOSA, S; COLARES, V. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.605, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em:06/01/2014.

FLORIO, FM; PEREIRA AC; Alicerce para a promoção de saúde: o início precoce. In: **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. São Paulo: Artmed; 2003. p.413-25.

FREITAS, M. **História social da infância no Brasil**. São Paulo:Cortez.1997.

FRENCKEN JE. The ART approach using glass-ionomers in relations to global oral health care. **Dental materials**. v.26, n.1, p: 1-6, 2010.

GARCIA, PPNS; CORONA, SAM; VALSECKI JUNIOR, A. Educação e motivação: I - Impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. **Rev Odontol, UNESP**, São Paulo, v. 27, n. 2,p. 393-403, 1998a.

GARCIA, PPNS; CORONA, SAM; VALSECKI JÚNIOR, A. Educação e motivação II. Avaliação da efetividade de métodos educativos-preventivos relativos à cárie dental e à doença periodontal. **Rev OdontoUNESP**, jul.-dez.; v.27, n.2, p:405-15, 1998b.

GHERUNPONG, S; SHEIHAM, A; TSAKOS, G. A sócio-dental approach to assessing children's oral health needs: integrating oral health-related quality of life measures into oral health service planning. **Bull World Health Organ**, v.84, p.36-42. 2006

GRADELLA, CMF; et al. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 55, n.4, p. 329- 334, out- dez, 2007.

GOSUEN, LC. A importância do reforço constante na conscientização e motivação em higiene bucal. **Rev. Paul. De Odontol.**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 30-32, 1997.

GUEDES-PINTO, AC. **Odontopediatria Resoluções Clínicas** . 6. ed. São Paulo: Santos, 2000.

GUEDES-PINTO, AC; RIZATTO, CM; CALHEIROS, OC. Ensino e avaliação da escovação dentária em crianças do primeiro ciclo escolar - Técnica de Stillman e Fones. **RevFacOdont S Paulo**, v. 14, n. 1, p. 115-122, 1976.

HUTZ, CS; SILVA, DF. Avaliação psicológica de crianças em situação de risco. **Avaliação Psicológica**, v.1, p:73-79, 2002.

LEITE, AP; RIBEIRO, RA. Dental caries in theprimarydentition in public nursery schoolchildren in Juiz de Fora, Minas Gerais.**CadSaude Publica**, v.16, n.3, p.717-22, 2000.

LEITE, MM. **A infância no século XIX segundo memórias e livros de viagem**. In: Freitas, M. (Ed.), *História social da infância no Brasil*,p.17-50. São Paulo: Cortez. 1997.

MARCILIO, ML.**A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil**: 1726-1950. In: Freitas, M. (Ed.), *História social da infância no Brasil*,p.51-76. São Paulo: Cortez.1997.

MARQUES, CML.; CANO, MAT; VENDRUSCOLO, TS. A percepção dos cuidadores sociais de crianças em abrigos em relação ao processo do cuidar. **Serviço Social & Realidade, Franca**, v.16, n.2, p 22-41, 2007.

MARTIN, RB; GUTHRIE, CA; PITTS, CG. Emotionalcrying, depressedmood, andsecretoryimmunoglobulin A. **BehavMed**, v.9, n.3, p.111-4. 1996.

MARTINS, E; SZYMANSKY, H. Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas. **EstudPsicol**, Campinas, v.9, n.1, p. 177-87, 2004.

NAVARRO, RS; ESTEVES, GV; YOUSSEF, MN. Estudo clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada e motivação no controle de placa bacteriana. **RevOdontolUniv São Paulo**, abr.-jun, v.10, n.2, p: 153-7,1996.

OLIVEIRA,DC. **Repercussões das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes em conflito com a lei**. Trabalho de conclusão de curso: Mestrado em Odontologia.Departamento de Odontologia. Universidade Federal do Paraná, Curitiba. p.27, 2011.

OLIVEIRA, JLC; SALIBA, NA. Atenção odontológica no programa de saúde da família de Campos dos Goytacazes.Rio de Janeiro. **Ciência Saúde Coletiva**, v.10 suppl. 0, Setembro/Dezembro. 2005.

PADILHA, WNP; et al. Educação em saúde bucal : uma experiência na creche da comunidade Maria de Nazaré. **R brasci Saúde**; v.15, n.2, p.223-228, 2011.

PERIN, PCP; BERTOZ, FA; SALIBA, NA. Influência da fluoretação da água de abastecimento público na prevalência de cárie dentária e maloclusão. **Rev FacOdontoLins**; v.10, n.2, p: 10-5,1997.

PERIN, PCP; GARBIN, AJI; PERIN, LF; PEREIRA, MA; ABREU, KCS.; Percepção e condição de saúde bucal em crianças numa instituição na cidade de Lins/SP. **RevFacOdontol Lins**, Piracicaba, v.16, n. 2,p: 33-38, 2004.

RIZZINI, I. A assistência à infância no Brasil: uma análise de sua construção. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1993.

ROBINOW, M. The eruptionofthedeciduous teeth (factorsinvolved in timing). **J Trop Pediatr Environ Child Health**, v. 19, p:200-5,1987.

SANTOS, MLS. **Índice de cárie elevado em crianças d dois a seis anos: uma proposta de intervenção.** Trabalho de conclusão de curso. Especialização em atenção básica em saúde da família. Departamento de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete/ MG, p.25, 2009.

SANTOS, VB; MARCOS, AL; FREIRE, MCM. Experiência de cárie e situação de higiene oral em crianças dos orfanatos de Anápolis- GO. **Robrac**, Goiás, v.7, n.23, p.16,1998.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, p. 223-250. 2000.

SILVA, ERA; AQUINO, LMC. Os abrigos para crianças e adolescentes e o direito à convivência familiar e comunitária. **Políticas sociais, acompanhamento e análise**. São Paulo, v.20, n.1, p.1, 2005.

SILVEIRA, DDC; MATTOS, MG; CLOSS, PS; PORTO, RB. Avaliação de um programa de saúde bucal em uma instituição de abrigo para crianças abandonadas e vitimizadas residentes no município de Porto Velho – Rondônia. **Revista Saber Científico**, Rondônia. v.1, n.1, p: 1. 2008.

SILVERSTEIN, A; et al. Dental caries prevalence in children with a diet free of refined sugar. **Am J Public Health**, v.73, n.10, p.1196-9, 2004.

SINTES, JL; ROSA, J; FREUND, T. Iron deficiencyanddentalcaries: a pilot study. **ClinPrev Dent**, v.5, p: 3-5, 1983.

SIQUEIRA, AC; DELL'AGLIO, DD. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicologia & Sociedade**. v.18, n.1, p.71-80, jan/abr, 2006.

TOMITA, NH et al. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 543, dec.1999.

TOMITA, NH; SIMA, FT. Campanhas de prevenção e orientação para a higiene bucal. **RevAssoc Paul CirDent**, v. 45, p. 537-539, 1991.

VIEIRA, AP et al. Tooth quality in dental fluorosis genetic and environmental factors. **Calcif Tissue Int**, v.76, n.1, p.17-25, 2005.

VIEIRA, AP; KARBAGE, JP. Impacto da atenção odontológica n saúde bucal de crianças. **RBPS**, Fortaleza, v.24, n.1, p.10-15, jan./mar., 2011.

WANG L, LOPES LG, BRESCIANI E, LAURIS JR, MONDELLI RF, NAVARRO MF. Evaluation of Class I Art restorations in Brazilian schoolchildren: three-year results. **Special Care in Dentistry**, v.24, n.1, p.28-33, 2004.Curitiba: Juruá, 2005.

WEBER, L. N. D. **Laços de ternura: pesquisas e histórias de adoção.** 3 ed. Curitiba: Juruá, 2005.

YUNES et al. A história das instituições de abrigo às crianças e concepções de desenvolvimento infantil [Resumo]. In: **Sociedade Brasileira de Psicologia (Ed.), Resumos de comunicações científicas**,XXXII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. Florianópolis: SBP, p. 213-214. 2002.

Disponívelem :[Erro! A referência de hiperlink não é válida.. Acesso: 07/01/2014.](#)