



Ministério da Saúde
Grupo Hospitalar Conceição
Residência Integrada em Saúde
Gerência de Ensino e Pesquisa

**AVALIAÇÃO DE PROTOCOLOS DE MANEJO DE CÁRIE EM CRIANÇAS
DE 0 A 3 ANOS DE IDADE BASEADO EM RISCO**

BRUNO DOS SANTOS JANUÁRIO
Odontólogo Residente - Serviço de Saúde Comunitária / GHC
Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida

Orientador: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Pesquisa de Conclusão da Residência Integrada em Saúde
do Grupo Hospitalar Conceição

Porto Alegre
2010

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma enfermidade bacteriana multifatorial que para sua instalação necessita de interação de três fatores básicos: o hospedeiro (dentes, saliva), a microflora (bactérias cariogênicas) e o substrato (carboidratos), aos quais Newbrun (1988)¹ adicionou o quarto fator: tempo. Esses fatores, ao se interagirem, geram a doença que se manifesta através de um sintoma (sinal) clínico que é a lesão cariada ou simplesmente cárie².

Segundo resultados do projeto SB BRASIL 2003³, projeto do Ministério da Saúde que avaliou as condições de saúde bucal da população brasileira, cerca de 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade, números que refletem a necessidade da devida atenção durante essa faixa etária.

No território de abrangência da Unidade Nossa Senhora Aparecida/ GHC, um estudo feito com crianças de 0 a 5 anos de idade⁴ revelou que o índice CEO-D (número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados/restaurados) apresentou uma média de 1,86 dente com história da doença, variando entre 0 e 9 dentes. Números inferiores à média nacional e da macro-região sul, levantadas pelo SB BRASIL, cujas médias foram de 2,8 e 2,62 respectivamente.

A prevalência de cárie (pelo menos um dente acometido pela doença) nas crianças do estudo foi de 49%, sendo a média nacional em 2003 de 60% e da Região Sul de 56,65%.

Os valores cada vez menores de CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos de idade indicam redistribuição de uma menor carga de doença. Além disso, a distribuição da cárie tem se afastado de uma uniformidade, sendo notados níveis crescentes de desigualdade. Essa *polarização* da doença é um fenômeno que pode estar refletindo medidas de prevenção e controle da enfermidade embasadas na estratégia populacional⁵. Evolui-se de uma situação de alta prevalência para um cenário em que se constata uma grande porcentagem de indivíduos livres de cárie.

No Brasil 20% da população de escolares passou a concentrar cerca de 60% da carga de doença, sem alteração na diferença relativa entre as regiões. Esse

quadro pode estar expressando um outro fenômeno: o da iniquidade, em que, no caso da cárie, o ataque desigual da doença entre os indivíduos decorre não apenas de variações biológicas inevitáveis, mas também das diferenças que têm origem na ordem social onde estão inseridos e que se expressam por meio do processo saúde-doença⁶.

Essa concentração da doença em grupos específicos está relacionada a soma dos fatores de risco e justifica uma atenção direcionada à população infantil, com foco na prevenção dessa enfermidade mutilante.

Encarando a atenção primária como porta de entrada das crianças no sistema de saúde, entendemos que é papel fundamental das unidades de saúde propor medidas de controle e diminuição desses números, buscando através de medidas preventivas e intervenção baseada em risco, promover saúde bucal.

A atenção precoce é uma conquista da Odontologia e representa a incorporação de um novo entendimento da abordagem das doenças bucais fortemente centrada numa perspectiva preventivo-promocional⁷.

A saúde bucal, assim como a geral, deve ser buscada de maneira preventiva; devemos lançar mão de instrumentos ou métodos que nos auxiliem a evitar que se instale a doença. Quanto mais cedo for a ação preventiva, melhor será o resultado alcançado².

A melhoria do cuidado durante os anos pré-escolares reduziria a necessidade de restaurações ou extrações⁸, uma vez que a cárie é considerada uma doença da infância⁹.

A possibilidade de conhecer fatores de risco para a cárie dentária permitiria adequar os cuidados de saúde bucal e reorientar gastos em prevenção, respeitando-se assim o princípio da equidade¹⁰.

No ano de 1984 na cidade de Londrina, Paraná iniciou-se o “Plano de Atendimento Odontológico no Primeiro Ano de Vida”, sob a responsabilidade dos professores de Odontopediatria do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da UEL. Foi o primeiro programa nacional de atenção em saúde bucal direcionada a bebês e foi um marco histórico com sua implementação oficial em 1986. Em resposta aos expressivos resultados frente aos modelos em saúde bucal existentes no país, em 1993 a Odontologia para Bebês foi reconhecida como um direito de cidadania, por ocasião da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Brasília-DF.

A elaboração de programas direcionados a essa faixa etária difundiu-se em diversas unidades de ensino no país (UEPG, UFRGS, UFU, UNIGRANRIO, USP/Bauru, UNESP/Araçatuba, UNIC, entre outras) e exterior (Peru, EUA, México).

Durante o V Encontro Nacional de Odontologia para Bebês, que teve como tema “A INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA PARA BEBÊS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA”, foi acordado um protocolo baseado na identificação de risco à cárie, que abordava dentro dos princípios da atenção primária os procedimentos clínicos e caseiros indicados para profissionais e mães ou responsáveis pelas crianças nessa faixa etária.

A expressão *risco de cárie* deve ser usada para pacientes que ainda não apresentam nenhuma experiência de cárie, isto é, têm CEO = zero e pacientes que já apresentam cáries, a expressão correta é *paciente com atividade de cárie*. Durante o I Encontro Nacional de Odontologia para Bebês foi proposta uma modificação na nomenclatura de risco e o termo **baixo risco**, passou a se chamar de **risco não-identificado** e nas situações em que se chamava **médio e alto risco** à cárie passou a se chamar **risco identificado**. O método de estabelecimento do risco é rápido, fácil, objetivo, de baixo custo e deve servir de guia para selecionar os procedimentos¹¹.

Considera-se que a avaliação dos protocolos utilizados para diagnóstico e tratamento de crianças com alto risco de cárie ajudaria na redução da severidade da doença, impedindo a progressão de lesões insipientes, reduzindo o número de intervenções mutiladoras e onerosas ao serviço.

Na odontologia, os fatores de risco associados à doença cárie já foram exaustivamente estudados e contribuíram significativamente no avanço da prevenção à doença e promoção de saúde bucal, no entanto não é uma prática recorrente dos profissionais de saúde bucal basear suas condutas a partir de protocolos.

Nesse sentido, com a implementação de uma Ação Programática dentro do SSC/GHC a partir de 2009, a odontologia assume um desafio na atenção à saúde bucal nos primeiros anos de vida. Estima-se com a cobertura total de primeira consulta odontológica para os bebês nascidos no ano e através da identificação de fatores de risco diminuir os indicadores de cárie, má-oclusão e doença periodontal.

O trabalho avaliou três protocolos clínicos de programas de saúde bucal baseados em risco à cárie em pacientes até 3 anos de idade adotados em diferentes

serviços no intuito de disparar a discussão acerca do tema no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), direcionando alguns aspectos desses protocolos à ação programática, unificando as condutas, mas respeitando as diferenças, na busca pela qualificação da atenção primária em saúde.

MÉTODO

Através da aplicação do instrumento de avaliação de normas de orientação clínica AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation^{*}) (ANEXO 1) foi feito um estudo descritivo transversal, com análise quantitativa dos dados.

Foram selecionados, conforme orientação do instrumento, quatro profissionais contratados das unidades de saúde do SSC/GHC dentro de um universo populacional de 21 odontólogos, sendo que a escolha seguiu critérios relativos à experiência na construção e utilização de protocolos clínicos em odontologia na atenção primária em saúde.

A busca de protocolos de manejo de cárie foi realizada através de pesquisa em bibliotecas virtuais e ferramentas de busca (BBO, Scielo, Pubmed e Google Acadêmico) durante os meses de novembro e dezembro de 2009, utilizando os seguintes descritores na língua portuguesa e inglesa: “*carie dentária*”, “*criança*”, “*protocolos*” e “*risco*”, da qual resultaram os seguintes protocolos:

- A. CHIBINSKI, A.C.R; WAMBIER, D.S. **PROTOCOLO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA A CRIANÇA PORTADORA DE CÁRIE DE ESTABELECIMENTO PRECOCE.** [*Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr*](#); 5(3):281-290, set.-dez. 2005 (ANEXO 2).
- B. ENCONTRO NACIONAL DE ODONTOLOGIA PARA BEBÊS. **Protocolo de Atenção Odontológica para Crianças de 0 a 3 anos.** *Documento Final.* Londrina. 2004. (ANEXO 3).

* Instrumento de Investigação e Avaliação sobre Apreciação Crítica (Avaliação) de Normas de Orientação.

C. AAPD. **Policy on Use of a Carie-risk Assessment Tool (CAT) for Infants, Children, and Adolescents** - *American Academy of Pediatric Dentistry 2009-10 Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines*. Chicago. 2009 (ANEXO 4).

D. UNESP. Araçatuba. **Protocolo de Atendimento – Atenção Odontológica Precoce Realizada na Bebê-Clínica**. Araçatuba. 2009 (ANEXO 5).

Os odontólogos avaliadores compareceram em reunião, na qual foi apresentado e discutido o instrumento de forma detalhada e também realizado sorteio de um protocolo para treinamento - Protocolo D – submetido a duas avaliações por cada profissional, com intervalo de 15 (quinze) dias.

Todo processo teve o intuito de discutir a aplicação do instrumento AGREE, esclarecer possíveis dúvidas e caso fossem necessárias, propostas adaptações do instrumento.

Através de análise estatística buscou-se correlacionar as avaliações feitas nos dois momentos, observando uma concordância através dos escores obtidos pelos 21 itens (Quadro 1) e pontuações estandardizadas de cada domínio, para efeitos de comparação dos sujeitos consigo mesmos e entre si. Apesar de evidenciar uma possível concordância, não foi possível comprová-la estatisticamente, pois devido à escassez de trabalhos disponíveis foi sorteado apenas um protocolo para a fase de treinamento (n =1).

Quadro 1 - Escores referentes aos itens avaliados do Protocolo D através da aplicação do instrumento AGREE.

		Avaliador 1		Avaliador 2		Avaliador 3		Avaliador 4	
		Fase I	Fase II	Fase I	Fase II	Fase I	Fase II	Fase I	Fase II
Âmbito e finalidade	Item 1	1	1	1	1	2	3	2	2
	Item 2	2	1	2	2	3	2	2	2
	Item 3	1	2	4	4	3	2	3	3
Envolvimento das partes	Item 4	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 5	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 6	2	1	1	1	2	1	3	3
	Item 7	1	1	1	1	1	1	1	1
Rigor de desenvolvimento	Item 8	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 9	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 10	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 11	1	1	1	1	3	1	2	1
	Item 12	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 13	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 14	1	1	1	1	1	1	1	1
Clareza e apresentação	Item 15	4	2	2	2	1	2	3	3
	Item 16	1	1	2	2	2	2	1	1
	Item 17	2	1	4	2	1	1	3	3
	Item 18	1	1	1	1	1	1	1	1
Aplicabilidade	Item 19	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 20	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 21	1	1	1	1	2	1	3	2
Independência Editorial	Item 22	1	1	1	1	1	1	2	1
	Item 23	1	1	1	1	1	1	1	1
Avaliação Global		Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria	Não recomendaria

O Cálculo da pontuação estandardizada de cada domínio é feito através da fórmula:

$$\frac{\text{pontuação obtida} - \text{pontuação mínima possível}}{\text{pontuação máxima possível} - \text{pontuação mínima possível}} \times 100\%$$

As diferenças entre as pontuações dos seis domínios nas duas aplicações do instrumento oscilaram entre **2 e 8%** e não foram consideradas relevantes. Também não houve necessidade de adaptação de nenhum dos itens e deu-se continuidade ao estudo com a avaliação dos outros três protocolos.

O protocolo em língua inglesa foi traduzido para o português, pelos próprios pesquisadores, para facilitar a avaliação e os odontólogos tiveram um prazo de 60 (sessenta) dias para devolução.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), sendo cadastrado com o número 09-216 em 05 de fevereiro de 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os escores foram compilados (Quadro 2) e conforme orientação do instrumento AGREE, submetidos ao cálculo da pontuação estandardizada para cada domínio.

Quadro 2 - Escores referentes aos itens avaliados do Protocolo A, B e C através da aplicação do instrumento AGREE.

Protocolo		Avaliador 1			Avaliador 2			Avaliador 3			Avaliador 4		
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Âmbito e finalidade	Item 1	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4
	Item 2	3	2	2	4	1	2	3	3	3	4	4	4
	Item 3	3	4	4	3	2	3	3	3	3	4	4	4
Envolvimento das partes	Item 4	1	1	1	2	1	2	1	1	2	4	2	3
	Item 5	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1
	Item 6	3	1	3	3	2	3	3	2	3	3	2	4
	Item 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1
Rigor de desenvolvimento	Item 8	1	1	2	3	1	2	2	1	3	3	1	4
	Item 9	1	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1	3
	Item 10	1	1	2	2	1	2	2	1	2	3	1	1
	Item 11	1	1	1	3	1	3	2	1	2	3	2	4
	Item 12	1	1	1	3	1	3	3	1	3	3	1	4
	Item 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 14	1	1	2	1	1	3	1	1	4	1	1	3
Clareza e apresentação	Item 15	4	2	4	3	2	3	3	2	3	4	4	4
	Item 16	4	3	3	3	2	2	4	3	1	3	1	3
	Item 17	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4
	Item 18	1	1	4	1	1	1	1	1	4	3	1	4
Aplicabilidade	Item 19	1	1	1	3	1	2	1	1	1	3	1	3
	Item 20	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	3
	Item 21	1	1	3	2	1	2	2	1	3	1	1	4
Independência editorial	Item 22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Item 23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Avaliação Global		Recomendaria com alterações	Não Recomendaria	Recomendaria com alterações	Recomendaria com alterações	Não Recomendaria	Recomendaria com alterações	Recomendaria com alterações	Não Recomendaria	Recomendaria com alterações	Recomendaria com alterações	Recomendaria com alterações	Recomendaria com alterações

Âmbito e Finalidade

Segundo os autores do instrumento esse domínio avalia o impacto da norma de orientação (protocolo) na saúde de populações de pacientes e da sociedade como um todo, considerando a descrição detalhada de seus objetivos globais e benefícios de saúde específicos ao problema clínico em questão, no caso a **doença cárie**.

É considerada a descrição clara da população-alvo dos protocolos, que envolve por exemplo idade, sexo, situação clínica e co-morbidades relacionadas à enfermidade.

Protocolo	A	B	C
	86%	52%	80%

Apesar de compreender aspectos simples, nenhum dos três protocolos avaliados cumpriu integralmente os itens do domínio Âmbito e Finalidade sugeridos pelo instrumento . No entanto foi o critério que obteve pontuação mais expressiva, atingindo escores superiores a 80% nos protocolos A e C, mesmo que o último não esteja restrito a faixa etária de 0 a 3 anos de idade, pois se direciona a “bebês, crianças e adolescentes”, as informações estão claramente descritas.

Conforme definição dos itens avaliados, um **protocolo de manejo de cárie em crianças de 0 a 3 anos de idade baseado em risco** adequado ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC com pontuação máxima nesse domínio deveria conter:

- **Objetivo global:** Identificar fatores de predição de risco à cárie em crianças de 0 a 3 anos de idade, considerando aspectos clínicos, radiográficos, sócio-econômicos e culturais, na busca da redução da incidência da doença e co-morbidades relacionadas como doença periodontal, má oclusão, respiração bucal, infecções dento-alveolares, fonação e desnutrição, no território adstrito às unidades de saúde do SSC/GHC.

Envolvimento das partes

Analisa a **qualificação dos profissionais** que participaram da elaboração dos protocolos e ainda o envolvimento de pacientes, através de entrevistas ou

revisões de literatura que abordem a incorporação das perspectivas do público-alvo das normas - **mães, pais e cuidadores** das crianças de 0 a 3 anos de idade.

Protocolo	A	B	C
	33%	8%	29%

Os protocolos A e C obtiveram pontuações próximas a 30%, enquanto o Protocolo B não atingiu 10%.

Importante ressaltar que a pontuação referente a esse domínio, como em todos os demais, **não mede a qualidade** dos dados (nesse caso a formação dos profissionais envolvidos na construção dos protocolos), pois se refere à **explicitação** dos mesmos nos documentos.

Rigor de desenvolvimento

Nesse domínio são avaliadas as estratégias da busca para a pesquisa de evidências, como o uso de palavras-chave, fontes consultadas e período consultado da literatura. Também é considerada a disposição de critérios de inclusão e exclusão, métodos usados para a formulação das recomendações e ainda dos benefícios, efeitos colaterais e riscos associados.

As evidências deveriam estar associadas às recomendações dos protocolos, que também foram analisados quanto à possibilidade de avaliação externa ao grupo de desenvolvimento das normas – como peritos em avaliação de risco à cárie ou metodologia - e menção clara sobre seus processos de atualização.

Protocolo	A	B	C
	46%	2%	75%

Segundo os avaliadores, o Protocolo C obteve ampla superioridade, considerando os critérios sugeridos pelo instrumento, acompanhado do Protocolo A que se aproximou de 50% e pelo Protocolo B que obteve novamente um escore muito pequeno.

A variação considerável de pontuações pode ser atribuída aos diferentes formatos das normas avaliadas, uma vez que o Protocolo A corresponde a artigo publicado no periódico *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, o Protocolo B é resultado de simpósio do *Encontro Nacional de Odontopediatria*

“Flúor na Primeira Infância: Otimizando Benefícios para Diminuir Riscos” e o Protocolo C é uma política adotada pela Associação Americana de Dentística Pediátrica (AAPD) - Oral Health Polices.

Clareza e apresentação

Esse domínio avalia o formato e diagramação dos protocolos, considerando facilidade de identificação e descrições precisas das orientações mais importantes, abordando as possíveis opções de rastreamento (identificação de risco), prevenção, diagnóstico ou tratamento de cárie.

A presença por exemplo de sumários e guias para pacientes foi considerada, assim como a inclusão de qualquer material adicional que auxilie a divulgação e implementação desses protocolos.

Protocolo	A	B	C
	71%	41%	75%

Todos os protocolos obtiveram escores razoáveis, novamente com vantagem considerável de A e C, superiores a 70%, sobre o Protocolo B. Diferença que também pode ser atribuída aos diferentes formatos de publicação dos protocolos avaliados no estudo.

Aplicabilidade

Talvez o domínio mais importante dentro do contexto desse estudo, pois avalia a discussão das mudanças organizacionais e estruturais que poderão ser necessárias à aplicação prática dos protocolos. Também considera que a monitoração de adesão às normas pode incrementar o seu uso.

Protocolo	A	B	C
	25%	0%	39%

Segundo os critérios do instrumento, os avaliadores concluíram que houve pouca consideração acerca da aplicação dos protocolos em diferentes serviços de saúde. Todos apresentaram escores pequenos, sendo o Protocolo C o mais criterioso quanto aos itens avaliados, com pontuação de aproximadamente 40%.

Conforme já descrito, o Protocolo C corresponde à política de uma entidade nacional estadunidense e tem como proposta “*educar profissionais de saúde e outras partes interessadas na avaliação de risco à cárie na odontopediatria contemporânea*”¹⁴, motivo pelo qual os aspectos relacionados à sua aplicação em outros serviços de saúde deveriam ser considerados e descritos.

Independência editorial

O registro da ausência ou presença de interesses externos e internos é avaliado nesse domínio, considerando a influência que poderiam ter nas recomendações dos protocolos.

Protocolo	A	B	C
	2%	0%	0%

Foram as menores pontuações obtidas, mostrando pouca preocupação em explicitar os itens sugeridos pelo instrumento.

É um critério com pontuação mínima esperada, já que atualmente são poucos os artigos publicados, sejam protocolos ou não, que se atentem em relacionar a influência de autores e financiadores. No entanto, é um critério muito relevante que pode ser usado como argumento a fim de questionar a validade dos resultados obtidos.

CONCLUSÕES

Considerando os escores obtidos em cada domínio e a avaliação global dos protocolos incluídos nesse estudo através do instrumento AGREE de avaliação de normas de orientação clínica, concluiu-se que o **Protocolo B** obteve pontuações insuficientes e não obedeceu a maioria dos critérios analisados pelos sujeitos da pesquisa, sendo considerado “***não recomendado***”.

Todavia, os **Protocolos A** e **C** atingiram algumas pontuações satisfatórias e foram “***recomendados com alterações ou limitações***”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente os protocolos clínicos de atenção à saúde bucal são escassos e a necessidade de critérios padronizados e qualificados de identificação de risco à cárie precoce nos diversos serviços de saúde se torna cada vez mais evidente.

Em um momento em que o núcleo de odontologia SSC/GHC avança com a inserção de uma ação programática de atenção à saúde bucal visando também à redução da incidência de cárie, a discussão a respeito da construção de um protocolo que oriente a identificação de risco à doença é imprescindível.

Ressalta-se que o instrumento AGREE não se propõe a avaliar o impacto dos protocolos nos resultados finais dos pacientes (outcomes) a partir das pontuações isoladas de cada domínio.

Segundo a classificação internacional aplicada na qualificação de artigos e periódicos, os protocolos avaliados seriam considerados de **nível D**, com baixo nível de evidência. As informações disponíveis nas publicações nos levam acreditar que seriam baseados apenas em opiniões de especialistas, sem que fossem submetidos a ensaios clínicos randomizados.

Embora todos os itens avaliados pelo instrumento não tenham atingido altos índices, os protocolos A, B e C poderiam servir de base para a construção de um protocolo adequado à realidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, considerando as características das unidades de saúde, orientando o cuidado aos grupos prioritários na busca constante por equidade, aplicando e fortalecendo os princípios do nosso Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NEWBRUN, E. **Cariologia**. 326 p. São Paulo: Santos, 1988.
2. WALTER, L.R.F., FERELLE, A., ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**. 246 p. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003**. Brasil. 2004.
4. FUNK, C.S. **Avaliação das Condições de Saúde Bucal de Crianças de Cinco Anos de Idade da Unidade Nossa Senhora Aparecida**. Trabalho de Conclusão de Residência em Saúde Comunitária/GHC. 2006.
5. ROSE, G. **Sick individuals and sick populations**. *Int J Epidemiol*. 14(1): 32-8. 1985.
6. NARVAI, P.C., FRAZÃO P., RONCALLI A.G., Antunes J.L.F. **Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social** *Rev Panam Salud Publica*. vol.19. n.6. Washington. Jun. 2006.
7. VOLPATO, L.E.R.; FIGUEIREDO, A.F. **Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um Serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso**. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*, Recife, v.5, n.1, p. 45-52, Jan/Mar. 2005.
8. WINTER, G.B. et al. **The prevalence of dental caries in preschool children aged 1-4 years**. *Br. Dent. J.*, 1330: 271, 1971.
9. DAVENPORT, E.S. **Caries in the preschool child: aetiology**. *J. Dent.*, 18: 300-3, 1990.
10. NILCE, E. et al. **Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos**. *Rev Saúde Pública*. vol.30. n.5. São Paulo. Out.1996.
11. SILVA, J.B.O.R., SOUZA, I.P.R., TURA, L.F.R. **Saúde bucal da criança: Manual de Orientação para Profissionais e Estudantes da Área da Saúde**. Universidade José do Rosário Velano. 38 p. UNIFENAS, 2006.
12. CHIBINSKI, A.C.R; WAMBIER, D.S. **PROTOCOLO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA A CRIANÇA PORTADORA DE CÁRIE DE ESTABELECIMENTO PRECOCE** [Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr](http://educp.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo12v53.pdf); 5(3):281-290, Set.- Dez. 2005. Disponível em: <<http://educp.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo12v53.pdf>>. Acesso em 2009.
13. ENCONTRO NACIONAL DE ODONTOLOGIA PARA BEBÊS. **Protocolo de Atenção Odontológica para Crianças de 0 a 3 anos**. *Documento Final*.

Londrina. 2004. Disponível em:

<<http://www.bebeclinica.uel.br/DocumentoFinal.pdf>> Acesso em 2009.

14. AAPD. **Policy on Use of a Carie-risk Assessment Tool (CAT) for Infants, Children, and Adolescents** - *American Academy of Pediatric Dentistry 2009-10 Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines*. Definitions 2009/10. Reference Manual. v.31. n.6. Chicago. 2009. Disponível em:
<http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_CariesRiskAssess.pdf>
Acesso em 2009.
15. UNESP. Araçatuba. **Protocolo de Atendimento – Atenção Odontológica Precoce Realizada na Bebê-Clínica**. Araçatuba. 2009. Disponível em :
<http://www.foa.unesp.br/Portal_Odonto/extensao/bebeclinica/atendimento.asp>. Acesso em 2009.
16. MINAYO. M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec-Abrasco, Rio de Janeiro. 1993.

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO 1 Instrumento AGREE. **The AGREE Collaboration** (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation). www.agreecollaboration.org. Setembro. 2001.
- ANEXO 2 CHIBINSKI, A.C.R; WAMBIER, D.S. **Protocolo de promoção de saúde bucal para a criança portadora de cárie de estabelecimento precoce**. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr*;5(3):281-290, Set.-Dez. 2005.
- ANEXO 3 ENCONTRO NACIONAL DE ODONTOLOGIA PARA BEBÊS **Protocolo de Atenção Odontológica para Crianças de 0 a 3 anos. Documento Final**. Londrina. 2004.
- ANEXO 4 AAPD. **Policy on Use of a Carie-risk Assessment Tool (CAT) for Infants, Children, and Adolescents** - American Academy of Pediatric Dentistry. Oral Health Policies, and Clinical Guidelines. Definitions 2009/10. Reference Manual. v.31. n.6. Chicago. 2009.
- ANEXO 4.1 AAPD. **Política em Uso de uma Ferramenta de Avaliação de Risco à Cárie para Bebês, Crianças, e Adolescentes** - Academia Americana de Dentística Pediátrica. Políticas de Saúde Oral e Protocolos Clínicos. Definições 2009/10. Manual de Referência v.31. n.6. Chicago. 2009 - Tradução Não Autorizada por JANUÁRIO, B.S. Porto Alegre. 2010.
- ANEXO 5 UNESP. Araçatuba. **Protocolo de Atendimento** – Atenção Odontológica Precoce Realizada na Bebê-Clínica.