

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**Caderno Temático do
Programa Saúde na Escola**

Saúde Bucal



**Brasília - DF
2022**

2022 Ministério da Saúde. Ministério da Educação.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmis.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Ed. Anexo, 4º andar, ala B sul
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9004
Site: <https://aps.saude.gov.br>
E-mail: depros@saude.gov.br

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Básica
Diretoria de Políticas e Diretrizes da Educação Básica
Esplanada dos Ministérios, bloco L, Anexo II, 3º andar
CEP: 70047-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 2022-9211
Site: www.mec.gov.br
E-mail: dpd-seb@mec.gov.br

Editor-geral:

Raphael Câmara Medeiros Parente

Supervisão-geral:

Juliana Rezende Melo da Silva

Coordenação-geral:

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Elaboração:

Ana Beatriz de Souza Paes
Betina Suziellen Gomes da Silva
Caroline Martins José dos Santos
Élem Cristina Cruz Sampaio
Flávia Santos Oliveira de Paula
Mariana das Neves Sant'Anna Tunalá
Nicole Aimée Rodrigues José
Lucas Agostinho Fernandes
Fabiana Vieira Santos Azevedo
Priscila Fernandes do Prado Neto

Revisão técnica:

Jaqueline Silva Misael
Juliana Michelotti Fleck

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Projeto gráfico, capa e diagramação:

All Type Art & Design

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Caderno temático do Programa Saúde na Escola : saúde bucal [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
45 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_saude_bucal.pdf

ISBN 978-65-5993-231-3

1. Programa Saúde na Escola (PSE). 2. Saúde bucal. 3. Saúde escolar. I. Ministério da Educação. II. Título.

CDU 616.31

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0204

Título para indexação:

PSE Thematic Book: Oral Health

Sumário

Apresentação	4
1 Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente	5
2 Panorama dos agravos bucais mais prevalentes	7
3 Os caminhos da saúde bucal no ambiente escolar	11
3.1 Saúde do escolar no contexto da rede de saúde bucal	13
4 A saúde bucal do escolar e os impactos no aprendizado, rendimento escolar e núcleo familiar	14
5 Organização e planejamento das ações da equipe de saúde bucal no PSE	16
5.1 Vigilância em saúde bucal e levantamento de necessidades de tratamento	18
6 Educação em saúde e em saúde bucal	20
6.1 Conhecendo a cavidade oral e suas estruturas	22
6.2 Hábitos alimentares e comportamentais	25
6.3 Higiene das mãos	27
6.4 Ações de promoção e prevenção ligados ao câncer de boca	28
6.5 Higiene oral	29
6.6 Considerações sobre escova de dente – formato da escova	32
6.7 Técnicas de escovação	33
7 Agravos bucais mais prevalentes na idade escolar	35
7.1 Cárie dentária	36
7.2 Traumatismo na boca e nos dentes	37
7.3 Erosão ácida dos dentes	38
7.4 Outros agravos bucais	39
8 Atenção em saúde bucal no ambiente escolar	40
Referências	42

Apresentação

Conceber a saúde como algo produzido pessoal e coletivamente requer também um olhar ampliado sobre a prática profissional, o sujeito e sua condição objetiva de viver e produzir a saúde de que necessita. Permite compreender que a complexidade na qual o processo saúde-doença se desenvolve na sociedade sugere que esse fenômeno não perpassa unicamente o setor saúde e não está localizada apenas no território onde os indivíduos moram, mas em outros espaços de convivência e construção humana, como a família, as associações comunitárias, os espaços de decisões políticas governamentais, os locais e os equipamentos públicos de lazer, as ruas, o trabalho e as relações intersetoriais, que, nesse caso, tratam do diálogo entre saúde e educação.

Falar de saúde referenciando o *fazer* na escola e o *fazer* na Unidade Básica de Saúde requer um olhar ampliado, que consiga realizar a intersecção necessária ao desenvolvimento de ações que contemplem as intencionalidades das duas áreas e tenham como contexto a realidade dos educandos e suas possibilidades de ressignificar conhecimentos e práticas em prol da melhoria das condições de vida.

Nesse contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE), programa essencialmente intersetorial, instituído pelo Decreto Presidencial n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, visa contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de saúde e de educação no enfrentamento de vulnerabilidades e que ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica, e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada.

Um dos desafios da implantação do PSE é conseguir produzir algo comum à saúde e à educação, ao mesmo tempo em que é significativo para a vida do estudante. Assim, os materiais têm como proposta oferecer dispositivos para que os gestores desse programa se apropriem das temáticas, das potências e das estratégias para o trabalho intersetorial no território compartilhado entre saúde e educação, da importância do processo formativo intersetorial permanente e continuado dos atores envolvidos no programa, dos mecanismos de articulação com as redes sociais e da criação de parcerias com setores do governo e da sociedade.

Por fim, é um convite à reflexão sobre as potencialidades existentes para a promoção da saúde e da cidadania dos estudantes da rede pública de educação básica. Bem como sobre o trabalho intersetorial, centrado em ações compartilhadas e corresponsáveis, que provoca articulação para a produção de um novo cuidado em saúde na escola.

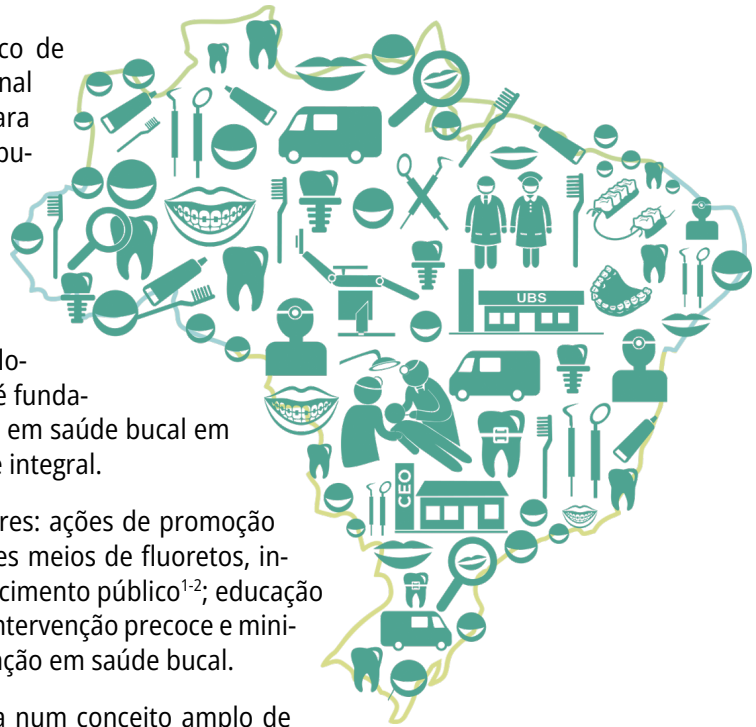
1

Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente

Em 2004, instituíram-se no Sistema Único de Saúde (SUS) as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal¹ (PNSB), que apontaram para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo central da PNSB, colocando a saúde não centrada somente na assistência, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e na intervenção sobre os fatores que a colocam em risco. A instituição dessa política é fundamental ao acesso da população à atenção em saúde bucal em todos os níveis, contribuindo para a saúde integral.

A PNSB tem os seguintes eixos orientadores: ações de promoção e proteção à saúde; exposição a diferentes meios de fluoretos, incluindo a fluoretação das águas de abastecimento público¹⁻²; educação em saúde; higiene bucal supervisionada; intervenção precoce e minimamente invasiva; recuperação e reabilitação em saúde bucal.

A promoção da saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Ela inclui a construção de políticas públicas saudáveis; o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas, como políticas que garantam o acesso à água tratada e fluoretada; a universalização do uso de dentifrício fluoretado (*"pasta de dente"*) e escova dental e que assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos apropriados. Assim, a implementação da PNSB envolve a articulação e a pactuação intersetorial para sua plenitude e concretização nos níveis municipais, estaduais e regionais.¹



Saiba mais



Para ter mais informações sobre o Brasil Sorridente leia o livro *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde*²³.

Abra a câmera do seu celular e foque no QR code para ter acesso ao livro, ou [clique aqui](#).

2

Panorama dos agravos buciais mais prevalentes

Os problemas de saúde pública associados a doenças bucais são relevantes no Brasil e no mundo. Os agravos bucais mais comuns na população são os seguintes: doença cárie, traumas dentais, doenças periodontais (que acometem os tecidos de suporte dos dentes), edentulismo (perda de dentes) e câncer de boca.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)³, a cárie dentária é uma das doenças mais prevalentes do mundo e é a doença crônica não transmissível (DNCT) mais comum globalmente. Adicionalmente, a OMS relata também que essa doença onera os serviços de saúde, consumindo entre 5%-10% do orçamento em saúde nos países industrializados, sendo também uma das principais razões para hospitalização de crianças em alguns países de alta renda.

O estudo *Global Burden of Diseases* (2015)⁴⁻⁵ mostrou que cerca de 3,5 bilhões de pessoas eram afetadas por agravos de saúde bucal em todo mundo, sendo que a cárie em dentição permanente foi a condição mais comum encontrada, afetando cerca de 2,3 bilhões de pessoas ao redor do mundo.

Os agravos bucais mais prevalentes em idade escolar são: a cárie dentária, as doenças periodontais e os traumas orodentais. Apesar da prevalência da cárie dentária ter reduzido ao longo dos anos, como consequência do acesso aos dentifrícios fluoretados, à água fluoretada e a outros meios de exposição aos fluoretos, bem como pelo aumento da oferta de serviços e oferta do cuidado odontológico, esse agravo bucal continua sendo problema de saúde pública de importância nacional, especialmente em populações socialmente vulneráveis. As doenças bucais e a falta de equidade em saúde bucal são diretamente influenciadas por determinantes sociais comuns às populações com maiores problemas de saúde.

A prevalência da cárie dentária são usualmente avaliadas em estudos a partir do emprego do índice ceod/ CPOD (sigla para dentes “cariados, extraído por cárie/perdidos e obturados”), composto pela soma dos dentes acometidos por lesões de cárie cavitadas, restaurados (“obturados”) ou extraídos (perdidos) devido à cárie dentária⁶. A sigla ceod representa a dentição decídua (dentes de leite), enquanto a sigla CPOD representa a dentição permanente. Devido ao seu caráter cumulativo ao longo dos anos, o CPOD é sempre referido em relação à idade⁷⁻⁹. Destaca-se que a prevalência e a distribuição da doença cárie são polarizadas, ou seja, maiores proporções de indivíduos estão livres de lesões de cárie, mas entre aqueles que têm a doença, a gravidade é substancial.

Com relação à idade de 5 anos, com presença majoritária de dentes decíduos, o inquérito SB Brasil 2010 encontrou a média de ceod foi 2,4 dentes afetados por cárie/perdidos e obturados nessa faixa etária, sendo a maioria deles (80%) formada por dentes ainda não tratados (cariados)⁷. Esse dado é de extrema relevância aos gestores, aos profissionais de saúde e aos pais/responsáveis, pois a cárie precoce de infância é uma condição evitável por meio da promoção de hábitos saudáveis, como o não consumo de alimentos com adição de açúcar e/ou ultraprocessados e o incentivo à escovação dentária a partir da erupção (“nascimento”) dos dentes na boca – especialmente a escovação noturna antes da criança dormir.

Para a idade de 12 anos, comparando os dados dos levantamentos realizados no Brasil em 2003 e 2010, a média do índice CPOD foi de 2,78 e de 2,07, respectivamente. Já os indivíduos que se encontravam na transição da adolescência para a fase adulta-jovem (15-19 anos de idade) possuíam, em média, 6,17 dentes afetados pela doença, em 2003, e 4,25, em 2010. O incremento de cárie observado entre a infância e a adolescência e a fase adulto-jovem é resultante do efeito cumulativo da cárie dentária mensurada pelo índice CPOD⁷⁻⁸.

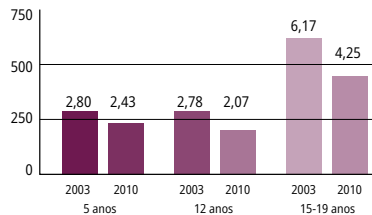
Evidencia-se a melhoria da saúde bucal das populações em idade escolar no Brasil ao longo dos anos e, principalmente analisando-se a idade-índice de 12 anos, o Brasil saiu da condição de prevalência média de cárie

para baixa prevalência de cárie. A seguir, o infográfico mostra a mudança de algumas condições avaliadas em crianças, adolescentes e adultos jovens, segundo os levantamentos epidemiológicos de 2003 e 2010⁷⁻⁸.

Infográfico 1 – Agravos de saúde bucal segundo dados do SB 2003 e 2010. Brasil, 2021

Cáries dentárias

Médias ceod (5 anos) e CPOD (12 e 15-19 anos) em 2003 e 2010.



O índice CPOD (aos 12 anos) apresentou redução de **26%** entre as avaliações de 2003 e 2010. O Brasil saiu de uma condição de prevalência média de cárie para prevalência baixa.

↓ **26%**

Doença periodontal



O SB Brasil mostrou que **18,7%** dos indivíduos de 15-19 anos apresentaram sangramento gengival. Em 2010 esse percentual passou para **33,8%**.

Dor odontológica

Dos examinados (12 anos de idade) tiveram dor de dente nos 6 meses que antecederam às avaliações (SB Brasil 2010).

24,6%



Oclusopatia



Segundo o SB Brasil 2010, a prevalência de oclusopatia severa (dentes mal posicionados na arcada) aos 12 anos de idade foi de **7,1%**.

Traumatismo

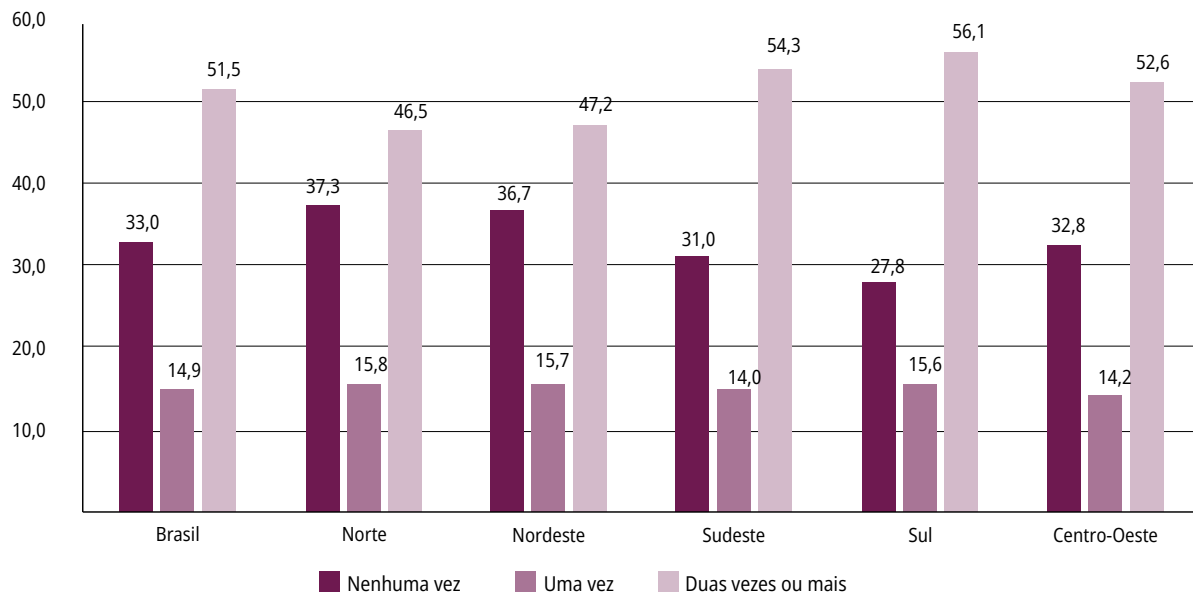
Aos 12 anos, o SB Brasil 2010 mostrou prevalência de pelo menos um dente incisivo (dente anterior) afetado por traumatismo em esmalte (camada externa do dente).

16,5%



A 4ª edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2019)⁹ mostrou piora no perfil geral de saúde bucal dos estudantes de 9º ano do ensino fundamental, no período de 2009 a 2019, com redução de 3,1% na proporção de escovação diária de três vezes por dia. A proporção de relato de dor de dente entre os estudantes brasileiros de 16 e 17 anos foi de 20,8%, e a dos adolescentes de 13 a 15 anos foi de 17,6%. Em 2019, 33% relataram não terem ido a consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à pesquisa. Houve aumento em relação à edição dessa pesquisa em 2015 em que 30,1% dos adolescentes relatam essa mesma situação. A comparação do indicador entre as redes pública e privada de ensino revelou diferenças: 35,0% dos escolares da rede pública e 21,1% da rede privada tiveram acesso aos serviços odontológicos⁹.

Gráfico 1 – Percentual de escolares de 13 a 17 anos, por frequência de ida ao dentista nos 12 meses anteriores à pesquisa. Brasil, 2019



Fonte: PeNSE, 2019.

Observa-se, no Gráfico 1, que as Regiões Norte e Nordeste apresentaram percentual elevado de nenhuma ida ao dentista nos 12 meses antes da realização da pesquisa. Esse dado é preocupante e demonstra fragilidade na disponibilidade de serviços de saúde bucal. Já a Região Sul, foi a região que os adolescentes mais responderam que foram ao dentista pelo menos duas vezes, e apresentou valores mais baixos a não acesso clínico odontológico, o que pode estar relacionado a diversos fatores, como a maior disponibilidade de serviços e profissionais de saúde bucal.

Com isso, é fundamental o estímulo à ampliação da oferta de serviços de saúde bucal nos mais diversos espaços, levando a saúde para fora dos muros das UBS. Assim, o PSE¹⁰ se coloca como importante estratégia na oferta de cuidados em saúde bucal à população brasileira.

3

**Os caminhos da saúde
bucal no ambiente escolar**

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. Sendo assim, a articulação entre escola e a Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos pontos centrais do PSE¹⁰.

A promoção de saúde bucal nas escolas objetiva desenvolver hábitos de vida saudáveis e práticas de autocuidado. Uma abordagem integrada que desenvolva ações de políticas de saúde nas escolas, focada no aspecto educacional e em articulação intersetorial, pode interferir nos fatores de riscos mais comuns, contribuindo efetivamente para a saúde bucal dos educandos.

A avaliação de saúde bucal tem como objetivo minimizar os possíveis riscos a que crianças, adolescentes e adultos estejam expostos no ambiente escolar e no território em que vivem, buscando estratégias de enfrentamento tanto individuais quanto coletivas, por meio de um trabalho articulado que contemple a participação dos profissionais de educação e saúde no planejamento, na execução, no acompanhamento e na avaliação das ações de saúde bucal. Ressalta-se que a saúde bucal em ambiente escolar contempla a avaliação e a vigilância, passando pela integralidade e interprofissionalidade do cuidado.

A elaboração de um projeto coletivo para as ações de saúde na escola deve considerar a realidade do território e seus desafios e a responsabilidade compartilhada entre educação e saúde, qualificando as ações de saúde bucal e evitando intervenções pontuais.

É importante destacar também que a participação ativa dos educandos e das famílias em todo o processo também é fundamental para que se produza saúde e educação integral¹¹.

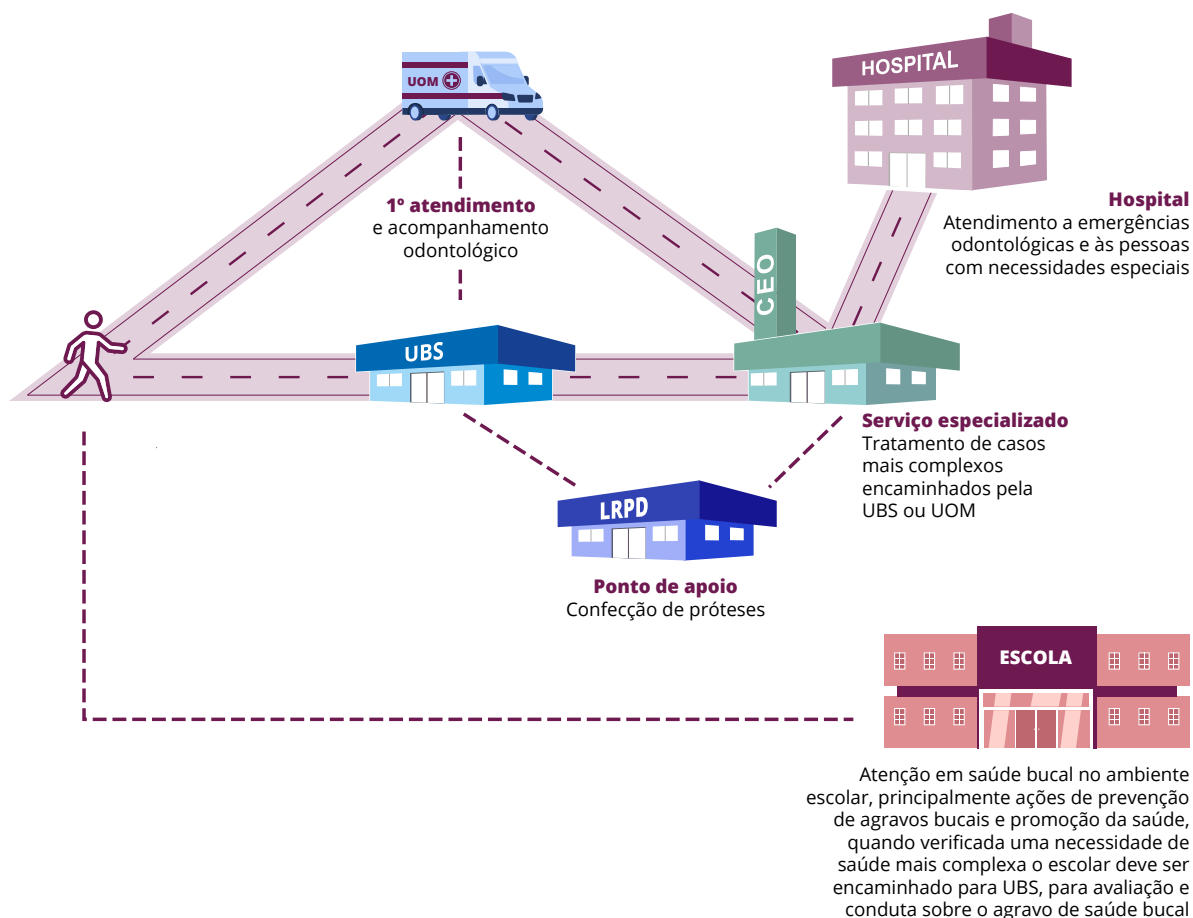


3.1 Saúde do escolar no contexto da rede de saúde bucal

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), as escolas compõem o território de atuação da APS. Com isso, ela possui responsabilidade sobre as pessoas e as instituições que constituem este espaço, devendo incluí-las no planejamento e organização das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹². Sendo assim, considerando essa responsabilidade constante da APS com seu território, mesmo nos locais que não são formalmente aderidos ao PSE, a realização de ações coletivas de saúde bucal em escolas pode e deve acontecer.

No âmbito da Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb), cabe aos profissionais de saúde bucal verificar a situação de saúde bucal dos escolares, articulando junto à comunidade escolar a melhor forma de intervenção e identificação dos grupos de risco, assim como as necessidades de tratamento imediato. Neste último caso, deve-se priorizar o atendimento odontológico na APS ou o encaminhamento à atenção especializada, quando necessário.

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Bucal e sua integração com o Programa Saúde na Escola. Brasil, 2021*



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS).

* Nota explicativa: Unidades Básicas de Saúde - UBS; Unidades Odontológicas Móveis - UOM; Centro de Especialidades Odontológicas - CEO; Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD.

4

**A saúde bucal do
escolar e os impactos no
aprendizado, rendimento
escolar e núcleo familiar**

O impacto adverso das condições bucais pode afetar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças, adolescentes e adultos jovens, comprometendo as funções mastigatórias, o sono, a frequência escolar, a interação social e o bem-estar social e emocional. A presença de doenças bucais em estudantes – como cárie, mau hálito, sangramento gengival, fraturas dentais, mau posicionamento dentário – pode ser motivo de constrangimento e até mesmo de *bullying*¹³⁻¹⁷.

Com isso, é importante que pais/responsáveis, profissionais de educação e profissionais de saúde estejam articulados para perceberem as mudanças de comportamento relacionadas à saúde bucal dos escolares, reconhecendo, por exemplo, quando a criança/adolescente leva a mão à boca ao sorrir e ao falar, sorri pouco ou deixa de mastigar perto dos colegas.

As crianças e os adolescentes podem ter dificuldade de expressar a dor de origem odontológica. Em especial com relação aos adolescentes, a Academia Americana de Pediatria (2017)¹⁸ relata que é nessa fase da vida que os indivíduos possuem características distintas, como aumento potencial de incidência de cárie; risco aumentado de injúrias traumáticas e doenças periodontais; tendência à má nutrição; aumento da preocupação sobre aparência e estética. Como a presença desses agravos pode influenciar mais profundamente as relações interpessoais, a socialização, a busca por estágios e as oportunidades de empregos, especial atenção deve ser dada a essa faixa etária.

Os agravos bucais dos escolares afetam não somente seu desempenho na vida cotidiana, como também de toda a família. A dor de origem odontológica, por exemplo, pode fazer com que crianças, adolescentes e pais/responsáveis tenham o sono afetado, ou mesmo que os adultos tenham que descumprir suas obrigações habituais para levar o(a) filho(a) à consulta odontológica. Especificamente em relação aos escolares, um impacto possível é a diminuição do rendimento escolar. Assim, é fundamental que as ações do PSE sejam de conhecimento do núcleo familiar do(a) estudante, para que haja compartilhamento do cuidado e fomento dessas ações aos outros membros da família. Os estudantes com alta atividade e severidade de cárie, podem, inclusive, alertar as equipes de saúde da família quanto a um problema relacionado aos hábitos de higiene e alimentares não só do educando, mas de todos os outros familiares.

Infográfico 2 – Informações sobre dor odontológica e alguns impactos para a vida escolar. Brasil, 2021



A dor odontológica e outros agravos de saúde bucal podem afetar a qualidade de vida e, conseqüentemente, o rendimento dos escolares



Os impactos negativos relacionados à saúde bucal podem acarretar em absenteísmo escolar



Os agravos bucais podem ser desde não severos, que podem ser imperceptíveis aos indivíduos, até infecções severas, levando até a internações hospitalares.

Fonte: Adaptado de *Guidance Health matters: child dental health*¹⁹.

A condição da saúde bucal das crianças pode ser a expressão do contexto familiar, no qual uma série de impactos socioeconômicos contribui para o aumento do consumo de alimentos açucarados e/ou ultraprocessados, diminuição do acesso a serviços de saúde bucal, pouco acesso a produtos fluoretados (principalmente pasta de dente) e à água fluoretada. Diversos estudos expressam a relação entre o baixo nível socioeconômico familiar e sua influência no aumento da cárie dentária²⁰⁻²². As atividades de educação em saúde bucal devem estar fundamentadas em abordagens amplas que englobem aspectos como alimentação saudável, apoio à higienização bucal, reconhecimento de hábitos não saudáveis, instrução sobre acesso a serviços de saúde, entre outros.

5

**Organização e
planejamento das
ações da equipe de
saúde bucal no PSE**

As equipes de saúde bucal que atuam no PSE devem integrar ações realizadas por outros profissionais, colaborando para uma atuação articulada, interdisciplinar e multiprofissional.

Os profissionais de saúde e de educação devem dialogar para que as ações de saúde bucal sejam incorporadas como práticas periódicas. Para que o fortalecimento da educação em saúde ocorra, preconiza-se que os profissionais do PSE da saúde e da educação adotem algumas medidas, como as descritas a seguir:

- ✔ Reconhecer o território no qual a escola e a UBS estão inseridas, identificando vulnerabilidades sociais que impactam negativamente na saúde bucal dos indivíduos, como o não acesso à água tratada e fluoretada.
- ✔ Dialogar intersetorialmente sobre qual é o público estratégico para as ações de saúde bucal e qual a melhor abordagem para cada faixa etária.
- ✔ Identificar os principais atores da escola que possam integralizar as ações em saúde bucal teóricas e práticas, realizando a devida capacitação dos profissionais de educação, quando necessário.
- ✔ Identificar os espaços da escola propícios à realização das ações de saúde bucal, em especial aquelas de intervenção. É importante que a organização prévia do espaço para tais ações proporcione um ambiente seguro para sua condução, verificando os seguintes aspectos, por exemplo: boa iluminação; boa ventilação; disponibilidade de pia para escovação, lavagem das mãos e de demais instrumentais utilizados; recipiente para descarte de materiais descartáveis etc.
- ✔ Ter disponível os documentos para registro das ações de saúde bucal (exemplo: Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS APS). A lista de presença dos escolares pode ser ferramenta útil ao monitoramento.
- ✔ Incorporar temas relevantes à saúde bucal como parte dos projetos pedagógicos de modo a realizar, durante todo o ano letivo, atividades sobre o tema.
- ✔ Verificar o calendário escolar para programar as atividades, aproveitando momentos como feiras escolares, entrega de avaliações e reuniões que envolvam a comunidade escolar e os pais/responsáveis para melhorar a articulação entre o PSE e a população e favorecer a execução das atividades.
- ✔ Participar das reuniões do Conselho Escolar, propondo a incorporação de atividades de saúde bucal no espaço escolar.
- ✔ Realizar reunião com pais e responsáveis para apresentação das ações de saúde bucal e para a obtenção de autorizações, quando necessário.

Saiba mais

Para conhecer um pouco mais sobre organização da agenda e processos de trabalho relacionais à saúde bucal acesse o livro *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde*²³.



5.1 Vigilância em saúde bucal e levantamento de necessidades de tratamento

As ações de vigilância em saúde bucal e de levantamento de necessidade de ações de saúde bucal no contexto escolar, além de serem importantes componentes do planejamento das ações de saúde bucal e devem considerar os pontos abordados no começo deste capítulo, são compostas por avaliação das condições bucais, bem como por avaliação subjetiva, tanto destinada aos estudantes quanto aos pais/responsáveis.

É necessário que essas ações façam o levantamento das necessidades em saúde bucal no território e o levantamento dos principais agravos bucais e das necessidades de tratamento, observando se os escolares apresentam história atual de dor de dente e outros agravos.

Após a realização dessas duas ações no ambiente escolar, será possível planejar as demais ações de saúde bucal, desde promoção até a assistência em saúde.



Saiba mais

O Manual de avaliadores do SB Brasil²⁴ pode ser instrumento útil para nortear ações de vigilância no seu município e nos espaços escolares.

Marcadores que podem ser observados nas ações de vigilância em saúde bucal:

- Dor de dente nas últimas quatro semanas.
- Média ceod/CPOD.
- Grau de atividade da doença cárie (necessária remoção prévia de biofilme, boa iluminação e secagem com gaze ou ar (quando possível)).
- Dentes fraturados.
- Restaurações fraturadas.
- Alterações de tecidos moles.
- Alterações periodontais severas.
- Alterações oclusais severas.

5.1.1 Avaliar exposição a fatores de risco a doenças bucais

As doenças bucais possuem forte correlação com hábitos de vida, principalmente relacionados a questões de higiene bucal e hábitos alimentares. Portanto, uma avaliação em saúde bucal deve vir acompanhada de questões que abordem aspectos comportamentais, como as seguintes:

- ✓ Acesso a serviços odontológicos.
- ✓ Consumo frequente de alimentos açucarados e/ou ultraprocessados, como refrigerantes, sucos artificiais, biscoitos, balas, pirulitos, chicletes, gelatina, entre outros.
- ✓ Consumo de tabaco e de álcool.
- ✓ Higiene corporal e bucal deficientes.
- ✓ Histórico de trauma dental associado a acidente/violência.

Os profissionais de saúde e educação podem elaborar instrumentos – como questionários, por exemplo – para registrar a exposição aos fatores de elencados anteriormente. Antes da entrega dos instrumentos/questionários, deve-se dialogar com os estudantes sobre a o que é saúde bucal, esclarecendo a finalidade dessa atividade e sua importância para sua saúde.

A avaliação dos Marcadores de Consumo Alimentar, por meio da Ficha de Marcadores de Consumo Alimentar do e-SUS APS, pode ser utilizada para a avaliação dos hábitos alimentares, indicando a exposição a fatores de riscos relacionados às doenças bucais.



A utilização do formulário deve seguir as recomendações padronizadas pelo MS disponíveis em: [https://www.saude.gov.br/sus/estrategias/e-sus-aps](#). O registro dos dados dessa ficha é realizado no e-SUS APS.

6

**Educação em saúde
e em saúde bucal**

A OMS aponta que o foco das ações de educação em saúde bucal deve estar amparado em mudanças de comportamento e condições que promovam a saúde bucal ou reduzam o risco às doenças bucais. As ações de saúde na escola podem incentivar bons hábitos de higiene corporal, incluindo o hábito da escovação dentária diária, estabelecendo uma rotina de escovação supervisionada com dentifrício fluoretado com periodicidade semestral, além de incentivar hábitos alimentares saudáveis²⁵.

É importante destacar que todas as ações de saúde bucal, inclusive as de educação em saúde, devem considerar a realidade de cada escola e a faixa etária dos estudantes.

Diversos estudos relatam que as ações de educação em saúde em ambiente escolar, aliadas com atendimento odontológico, foram eficazes na redução da cárie dentária²⁶, demonstrando assim a importância da realização dessas atividades.



6.1 Conhecendo a cavidade oral e suas estruturas

A cavidade oral é composta basicamente por dois tipos de tecidos:

- ✔ **Tecidos duros:** dentes e estruturas que os sustentam no osso.
- ✔ **Tecidos mole:** mucosa, gengiva, língua e lábios.

A seguir, destacam-se alguns pontos das principais estruturas da cavidade oral.

6.1.1 Boca

A boca compõe o início do aparelho digestivo e nela encontramos as seguintes estruturas: dentes, língua, gengiva, lábios, entre outras estruturas anatômicas.

Além da digestão, a boca e suas estruturas desempenham função na fala e na estética.

6.1.2 Dentes

Os dentes, ao contrário do pensamento geral, não são estruturas totalmente rígidas e possuem comunicação com a corrente sanguínea por meio de vasos sanguíneos e inervações em seu interior. Eles são órgãos mineralizados que tem como função principal cortar e triturar alimentos, colaborando para melhor digestão. Eles são compostos pelas seguintes partes:

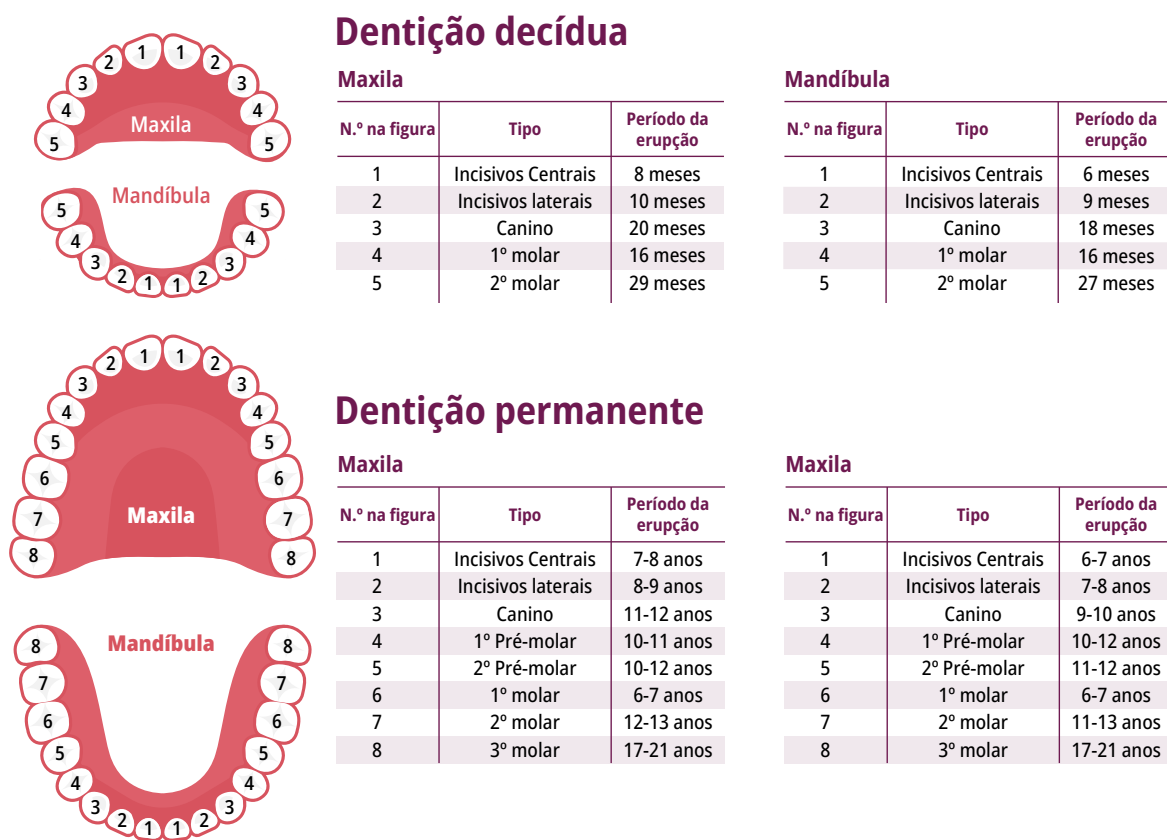
- ✔ **Esmalte:** tecido mineralizado que se encontra externamente ao dente.
- ✔ **Dentina:** localizada abaixo do esmalte, é um tecido um pouco menos mineralizado que o esmalte e recobre a polpa dentária.
- ✔ **Polpa:** conjunto de vasos e nervos que possibilita que o dente tenha percepções como de frio, calor e movimentos. Ela se estende da câmara pulpar até o canal radicular, que se encontra na raiz do dente, permitindo que os nervos e vasos sanguíneos comuniquem com as estruturas externas.

Na infância, possuímos os dentes chamados dentes de leite, que compõem a dentição decídua, no total de 20 dentes (não possuímos pré-molares nessa fase da dentição).

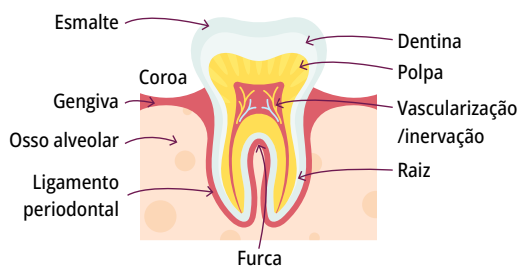
Entre 5 a 6 anos iniciamos a fase mista de dentição, na qual há nas arcadas dentes permanentes e dentes decíduos. Essa fase se finda entre 12 a 14 anos com a exfoliação de todos os decíduos e erupção de todos os permanentes. O primeiro dente permanente é o 1º molar, sendo um dos dentes mais acometidos pela cárie dentária.

Figura 2 – Cronologia de erupção dentária da dentição decídua (dentes de leite)

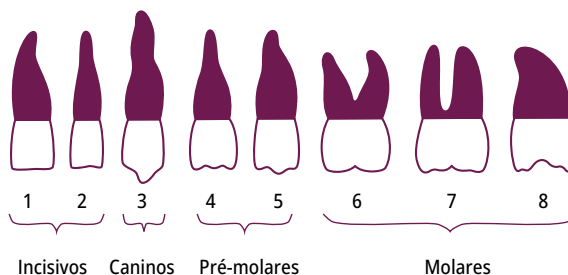
Erupção dentária, dentes e suas estruturas



Estrutura dos dentes



Grupos dos dentes



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS).

6.1.3 Língua

A língua colabora com a mastigação, a fonação e a detecção de sabores. Deve-se lembrar de sempre higienizá-la! Ela, juntamente com a saliva, os músculos da mastigação e os dentes, desempenha importante função de ruptura dos alimentos e formação do bolo alimentar.

6.1.4 Saliva

Conforme já citado, a saliva também é importante na mastigação.

Beber água é fundamental para que a saliva esteja na quantidade ideal na boca. Adicionalmente, manter-se hidratado ao longo do dia é importante para manutenção dos níveis corretos de minerais e para o estímulo da salivação, que auxilia na limpeza de toda a boca.



6.2 Hábitos alimentares e comportamentais

Os hábitos alimentares saudáveis são fundamentais em todas as etapas da vida. A infância e a adolescência são momentos da vida em que os hábitos dos indivíduos são formados e modificados, sendo essencial estimular alimentação adequada e saudável, que contribui para a diminuição de agravos sistêmicos e bucais.

As doenças bucais mais prevalentes – cárie e doença periodontal – estão intimamente ligadas aos hábitos de vida dos indivíduos.

Nesse sentido, é importante destacar que a ação do PSE de Alimentação Saudável e Prevenção da Obesidade se integra à ação de saúde bucal, pois o consumo precoce de alimentos açucarados e/ou ultraprocessados podem causar o desenvolvimento de cárie precoce de infância.

Saiba mais

Para conhecer as orientações do PSE sobre Alimentação Adequada e Saudável acesse *Caderno Temático do PSE*, e seu *Guia de Bolso*, sobre Alimentação Saudável e Prevenção da Obesidade.



Acesse também *Guia Alimentar para a População Brasileira*²⁸ e o *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos*²⁹.



Atenção!

Nas ações de saúde bucal e de alimentação saudável é importante abordar, com os estudantes, os cuidadores e os pais/responsáveis, práticas que devem ser evitadas e que prejudicam a saúde bucal das crianças, favorecendo a aparição de cáries. Assim, destaca-se que não são práticas adequadas:

- assoprar alimentos que serão ingeridos pela criança;
- compartilhar alimentos com a criança utilizando o mesmo talher;
- utilizar os mesmos utensílios para alimentar simultaneamente para mais de uma criança.

Destaca-se que, em especial após a erupção do primeiro dente permanente – por volta dos 5 ou 6 anos –, uma alimentação com alimentos açucarados e/ou ultraprocessados e uma má higienização da boca pode proporcionar cárie, ocasionando muitas vezes na perda precoce de dentes, o que ocasiona impactos para toda vida.

O consumo de alimentos ultraprocessados também pode ocasionar a erosão dentária (perda do esmalte dental – camada superficial do dente), causando consequências funcionais e estéticos, como aumento da sensibilidade dentária.

Saiba mais

A legislação brasileira também prevê uma alimentação adequada e saudável das crianças no ambiente escolar por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), nos termos da Lei n.º 11.947, de 16/6/2009³⁰ e da Resolução n.º 6/2020³¹.

O Pnae considera as recomendações do *Guia Alimentar para a População Brasileira* e do *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos* priorizando o fornecimento de alimentos *in natura* e minimamente processados aos estudantes, além de proibir o fornecimento de alguns alimentos ultraprocessados na alimentação ofertada pelas escolas.

Para conhecer esses e outros pontos do Pnae



6.3 Higiene das mãos

Diversos microrganismos estão em superfícies em que as mãos entram em contato, sendo muito importante a higiene das mãos para evitar a contaminação e o desenvolvimento de diversas doenças.

A higiene das mãos deve ser feita, preferencialmente, por lavagem com água e sabão/detergente ou por meio de solução alcoólica 70%, principalmente antes de comer, antes de realizar a higiene oral e depois de utilizar o banheiro. A higiene das mãos nesse momento é muito importante porque durante essas ações muitas vezes levamos as mãos na boca, podendo assim levar os microrganismos que estão em sua superfície.


Atenção!

A higiene das mãos possui maior importância para as crianças que fazem sucção digital (chupam dedo). Ressalta-se que, esse hábito, além de permitir a entrada de microrganismos no corpo, prejudica o correto desenvolvimento da cavidade bucal.

Figura 3 – Passo a passo para a correta higienização das mãos

Como Fazer a Fricção Antisséptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?


Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!

 **Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg**



Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!

 **Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg**

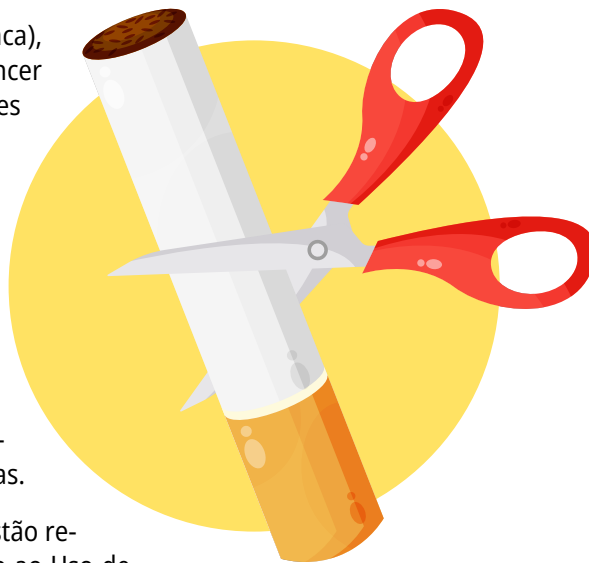


6.4 Ações de promoção e prevenção ligados ao câncer de boca

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca), Incidência de Câncer no Brasil, triênio 2020-2022, o câncer de boca ocupa a 5ª posição entre os tipos de cânceres mais incidentes em homens e a 13ª entre as mulheres.

Esse tipo de câncer é causado principalmente por fatores como exposição solar sem proteção, exposição ao tabaco em suas diversas formas (cigarros, charutos, narguilés, dispositivos eletrônicos para fumar), consumo de álcool e contágio pelo vírus HPV. Geralmente ele se localiza na língua ou bochechas³³⁻³⁴. As pessoas que consomem álcool e tabaco concomitantemente possuem maior chance no desenvolvimento do câncer de boca em suas formas malignas.

Com isso, as ações de prevenção ao câncer de boca estão relacionadas com outras ações do PSE, como Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas.



Saiba mais

Para conhecer as orientações do PSE sobre Prevenção ao Uso de Tabaco acesse o Caderno Temático do PSE, e seu Guia de Bolso, sobre Prevenção ao Uso de Tabaco.

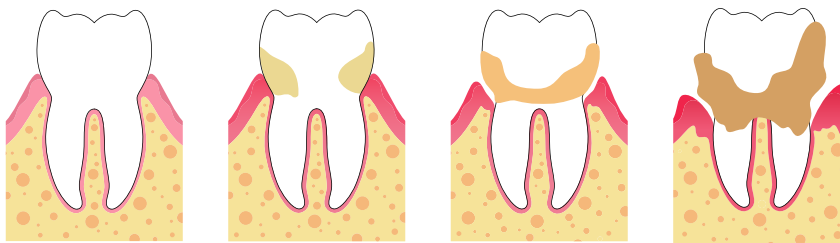
Acesse também os matérias do Inca sobre cuidados para evitar o câncer de boca, disponíveis em:

6.5 Higiene oral

A higiene oral, além dos efeitos benéficos em relação a diminuição dos agravos de saúde bucal, colabora com o bem-estar dos indivíduos.

Diariamente, um conjunto de bactérias e outros microrganismos se acumulam na cavidade bucal e na superfície dos dentes formando o biofilme dentário. Esse biofilme é nutrido por resíduos de alimentos, principalmente aqueles ricos em açúcar. Caso não haja sua remoção por meio da escovação e da redução do consumo de alimentos açucarados e ultraprocessados, o biofilme vai se ampliando.

Figura 4 – Formação de biofilme na superfície do dente.



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS).

Desde a erupção do primeiro dente, a higienização deve ser executada removendo o biofilme dentário com a escova de dentes, fio dental e a pasta de dente com flúor. Além dos dentes, a língua também deve ser higienizada, fazendo movimentos de dentro para fora com as cerdas da escova.



Fique atento!

Escova de dentes e outros itens individuais de higiene bucal não devem ser compartilhados, assim, cada pessoa deve ter a sua!

O céu da boca, as bochechas e o fundo da boca não precisam ser escovados, pois o próprio organismo humano já realiza uma autolimpeza nessas regiões evitando o acúmulo de alimentos e formação de camadas de microrganismos em sua superfície.

A escovação das superfícies dentárias deve ser complementada com o uso do fio dental, pois a escova não alcança todas as superfícies. O fio dental realiza a limpeza das áreas removendo restos alimentares e microrganismos entre os dentes, evitando o desenvolvimento de cárie nessas regiões e também a inflamação gengival.

No momento da escovação, orienta-se que seja utilizado dentífrico fluoretado com no mínimo 1.000 ppm de flúor³⁷⁻³⁸.

A pasta de dente com flúor é importante, pois ela diminui a prevalência de cárie dentária. Dessa forma, o flúor foi incorporado na pasta de dente no Brasil a partir de 1988.³⁹

Ressalta-se que a ingestão crônica de flúor durante o desenvolvimento dental pode levar ao desenvolvimento de Fluorose Dentária, que se manifesta com mudanças visíveis de opacidade do esmalte do dente (manchamento dentário)⁴⁰⁻⁴¹. Muitas crianças ingerem indevidamente a pasta de dente, principalmente aquelas que possuem sabor, podendo desenvolver Fluorose Dentária. Por isso, é importante as ações de educação em saúde sobre a forma correta de escovação, assim como a supervisão da higiene bucal das crianças, evitando ingestão do dentifrício. Outro aspecto importante é que a pasta não deve estar em um local de fácil acesso para crianças pequenas.

Saiba mais

Para saber mais sobre a concentração de flúor em dentifrícios com efeito anticárie, acesse a Nota Técnica n.º 1/2020-CGSB/Desf/Saps/MS, disponível em: [42](#).

6.5.1 Dos 6 meses aos 8 anos

O hábito da escovação deve ser incentivado pelos pais/responsáveis, profissionais da saúde e profissionais da educação, buscando realizar a higienização no domicílio e no ambiente escolar. Além disso, os pais/responsáveis podem escovar os dentes próximos aos estudantes, incentivando esse hábito na criança ou adolescente.

Nessa faixa etária, a criança não possui destreza para realizar a higienização bucal de forma adequada, por isso, orienta-se para que os pais/responsáveis, profissionais da saúde e profissionais da educação realizem a higiene bucal.



Fique atento!

Para bebês que são amamentados exclusivamente no peito, não é necessário fazer a limpeza da boca enquanto não houver dente, já que o leite materno protege a cavidade bucal.

Após a erupção do primeiro dentinho, recomenda-se que seja realizada a higienização com pouquíssima quantidade de pasta de dente sobre a escova. Como as crianças nessa idade não entendem o comando de cuspir a saliva após a higienização, orienta-se o uso de fralda/gaze para limpar a boca e evitar a ingestão da saliva com flúor, diminuindo a chance de desenvolvimento de Fluorose Dentária.

Para bebês e crianças que não sabem cuspir, a quantidade de pasta de dente deve ser equivalente a um grão de arroz cru. Para aqueles que sabem cuspir, a quantidade de pasta de dente deve ser equivalente a um grão de ervilha.

O fio dental deve ser utilizado nos bebês e nas crianças que possuem dentes juntinhos, para limpar as superfícies entre os dentes onde a escova não alcança.



Fique atento!

O uso de enxaguantes bucais fluoretados não é recomendado para crianças menores de 6 anos.

6.5.2 Dos 8 aos 14 anos

Nessa fase, apesar de maior destreza das crianças e dos adolescentes, orienta-se que os pais/responsáveis, os profissionais da saúde e os profissionais da educação apoiem a higienização bucal, incentivando as crianças e os adolescentes sobre sua importância e sobre os bons hábitos de higiene bucal.

A adolescência é um período da vida em que pode haver descuido com relação à escovação e ao uso do fio dental. Adicionalmente, com a transição completa dos dentes de leite para a dentição permanente, há uma diminuição do espaço entre os dentes, e a falta de higienização nesses espaços leva à formação de biofilme, contribuindo para o desenvolvimento de lesões de cárie. A inflamação da gengiva também é outra condição frequente nessa faixa etária pelo negligenciamento do uso do fio dental.

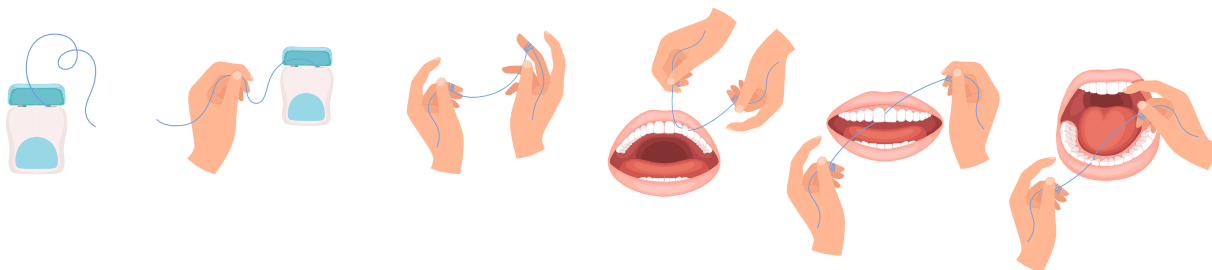
A quantidade de pasta de dente (dentifrício) utilizada deve ser equivalente a um grão de ervilha.

Nessa fase, também há erupção dos segundos molares permanentes. Nesses dentes, deve ser feita a escovação transversal (em movimentos circulares nos últimos dentes da arcada), a fim de haver remoção do biofilme de forma adequada.

6.5.3 Maiores de 14 anos

Nessa fase, há erupção dos terceiros molares. Nesses dentes, deve ser feita a escovação transversal (em movimentos circulares nos últimos dentes da arcada), a fim de haver remoção do biofilme de forma adequada.

O cuidado em saúde bucal deve ser ampliado, com uso mais frequente de fio dental, para que não haja inflamação gengival.



6.6 Considerações sobre escova de dente – formato da escova

A escova de dente deve ser de uso pessoal e intransferível, sendo seu uso recomendado por um período de até quatro meses. A escova de dente deve ser trocada sempre que tiver cerdas esgarçadas, pois nesse formato não haverá limpeza adequada das superfícies dentárias.

Para as crianças e os adolescentes, a escova de dente deve ter cabeça pequena com cerdas macias adequadas à idade da criança ou do adolescente. Para os adolescentes ou adulto jovem com uma arcada maior, indica-se uma escova de dentes com tamanho apropriado à idade.

💡 Fica a dica!

Quando o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) do PSE programar as atividades de saúde bucal que demandam itens de higiene oral, como a escovação supervisionada, e seja necessário realizar processo licitatório, deve-se verificar a qualidade de cada produto licitado, como o tamanho da escova, o número e tipo de cerdas da escova e a concentração de flúor livre nos dentífricos fluoretados.



Saiba mais

Mitos e verdades sobre a escovação:

Passo a passo da escovação:



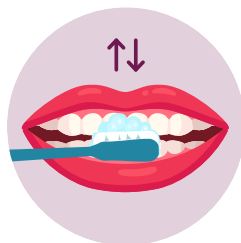
6.7 Técnicas de escovação

Na higiene bucal deve-se utilizar várias técnicas de escovação, em separado ou em combinação, pois cada movimento diferente resulta na remoção do biofilme em uma determinada área.

A escolha da técnica de escovação deve ser apresentada e adequada de acordo com a idade da criança ou adolescente e com a habilidade motora. Para algumas idades, as técnicas de escovação podem ser executadas pelos pais/responsáveis, profissionais da saúde e profissionais da educação, pois a criança não possui coordenação motora para executá-las sozinha e, conseqüentemente, não conseguem remover de modo efetivo o biofilme.

Figura 5 – Técnicas de Escovação

Movimentos de varredura e vibratórios



Insira na gengiva as cerdas da escova, fazendo movimentos vibratórios e de varredura de cima (perto da gengiva) para baixo.



Nos dentes de baixo, repita o movimento de baixo para cima.



Fazer esse mesmo na parte da frente dos dentes e também na parte de trás (onde fica a língua). Para crianças menores, podemos falar "falar vassourinha".

Movimentos circulares



Faça movimentos circulares na parte de fora dos dentes. Essa técnica é indicada para crianças por conta da facilidade de execução. Para crianças menores, podemos falar "movimento da bolinha"

Movimentos de "vai e vem"



A escova deve fazer o movimento de "ir e voltar" na parte onde mordemos os alimentos (dentes de trás da boca)

Fonte: Carvalho *et al.*, (2016); Rajwani *et al.*, 2020.⁴⁴⁻⁴⁵



Fique atento!

Uma atenção maior deve ser dada às crianças e aos adolescentes que tenham alguma deficiência ou necessidade especial. Se houver dificuldade motora, os pais/responsáveis, profissionais da saúde e profissionais da educação devem auxiliá-los no momento da higiene bucal. Caso seja necessário, recomenda-se que a escova seja adaptada. Além disso, independentemente da idade, é importante que os familiares e profissionais realizem a técnica do “dizer-mostrar-fazer” para mostrar correta higienização bucal.

Figura 6 – Tipos de escovas de dentes adaptadas. Brasil, 2021



Facilitador dorsal



Facilitador palmar



Facilitador dorsal



Escova adaptada



Facilitador de punho a polegar



Adaptador universal

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS).

Os pais/responsáveis, profissionais da saúde e profissionais da educação devem incentivar a busca de autonomia, facilitando a qualidade de vida e minimizando a propensão a agravos e doenças bucais dessas crianças e adolescentes.



Para saber mais, veja o **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência**⁴³:



The background is a solid purple color with various abstract shapes and patterns. There are several circles of different sizes, some solid and some outlined. There are also several grids of small dots, some in a lighter shade of purple and some in a darker shade. A large, dark purple, irregular shape is in the center, containing the text. A large white number '7' is positioned above the text.

7

**Agravos bucais
mais prevalentes
na idade escolar**

7.1 Cárie dentária

Conforme já relatado nos capítulos 2 e 6, a cárie dentária é um processo de perda dos minerais do dente que acontece pela presença de biofilme e alimentação rica em açúcares e/ou alimentos ultraprocessados, como bolachas recheadas, salgadinhos de amido de milho, balinhas, pirulitos, chicletes e outros.

A cárie é DCNT influenciada por diversos fatores, como o acesso a meios de exposição ao flúor, à saliva e à higiene bucal correta. Ela pode ser controlada principalmente por meio de bons hábitos alimentares, de higiene bucal, de acesso à pasta de dente fluoretada e à água fluoretada.



7.2 Traumatismo na boca e nos dentes

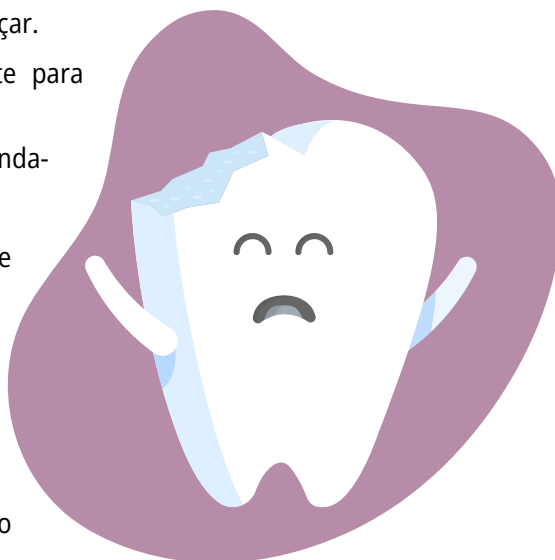
As crianças e os adolescente estão susceptíveis a acidentes envolvendo impacto na boca e nos dentes ao brincar ou praticar atividades físicas. Por isso, os estudantes devem ser orientados a utilizarem formas não agressivas de brincadeiras, jogos e esportes, incentivando a cultura de paz e a não agressão. Adicionalmente, na prática de atividades físicas, sempre que possível, os estudantes podem utilizar elementos de proteção, como protetor bucal e capacete, por exemplo.

Seguem outras orientações para prevenção de traumas na boca e nos dentes:

- ✔ Não colocar objetos na boca.
- ✔ Não abrir recipientes com a boca.
- ✔ Manter-se atento ao correr e caminhar, evitando tropeçar.
- ✔ Supervisionar o uso dos parquinho, principalmente para crianças menores.
- ✔ Para crianças menores, não se recomenda o uso de andadores de bebê.

Em caso de trauma dental, deve-se procurar imediatamente uma Equipe de Saúde Bucal e/ou uma UBS, levando o pedaço do dente quebrado, sempre que possível, pois esse pedaço poderá ser colado, caso tenha sido devidamente acondicionado.

A procura rápida por esse atendimento contribui a vitalidade do dente, o tratamento de conservação do dente e a prevenção de complicações futuras. A demora em procurar o serviço de saúde pode levar à perda do dente.



Saiba mais

Machuquei meu dente! E agora?:



7.3 Erosão ácida dos dentes

Erosão ácida dos dentes é um processo de perda dos minerais do dente que acontece, principalmente, pela alimentação frequente de produtos ácidos, como refrigerantes, energéticos, vinagre e limão, por exemplo. Diferente da cárie dentária que ocorre pela ação de microrganismos do biofilme por meio de um processo bioquímico, a erosão ácida acontece em decorrência da ação dos ácidos de alimentos ou bebidas, mediante um processo apenas químico.

Distúrbios da alimentação, como vômito provocado, também podem ocasionar erosão dos dentes. Os pais/responsáveis, profissionais de saúde e profissionais de educação também devem atentar-se para esses distúrbios.

Os estudantes devem ser orientados quanto à perda de estrutura do dente pela ação de alimentos ácidos que provocará um sorriso mais amarelado, e pela perda do esmalte dentário e exposição mais acentuada da dentina, que tem uma cor mais amarelada.



7.4 Outros agravos bucais

7.4.1 Bruxismo, apertamento ou ranger dos dentes

O bruxismo é uma atividade caracterizada por apertamento ou ranger dos dentes que ocorre mais frequentemente durante o sono. Pode também ocorrer ao longo do dia, sendo, nessa situação, um hábito semivoluntário. Essa condição tem se tornado cada vez mais comum e reportada, podendo estar associada à concentração intensa, à ansiedade situacional ou a outras questões emocionais.

Além da dor na face, outras manifestações orais desses hábitos parafuncionais podem ser expressadas, tais como desgastes, traumas dentários, problemas na articulação temporomandibular (articulação que colabora para movimentação da boca), entre outros.

Em algumas situações, principalmente perto de entregas de trabalhos e provas, algumas crianças e adolescentes podem relatar dor na região dos músculos da face. Deve-se orientar os estudantes a lembrar de desencostar os dentes, quando detectarem estar fazendo tais movimentos.

7.4.2 Candidíase ou sapinho

A candidíase é causada por fungos que aparecem na boca do bebê ou da criança como placas esbranquiçadas. Pode ser causada por uma série de motivos, por exemplo, brinquedos e chupetas contaminadas e beijos de adultos.

Deve-se realizar a higiene bucal das crianças e dos brinquedos para evitar que as crianças coloquem objetos contaminados na boca.

7.4.3 Onicofagia ou colocação de objetos entre os dentes

Colocar objetos entre os dentes ou roer objetos pode gerar desgaste das estruturas dentárias. É necessário prevenir e evitar esse hábito entre as crianças e os adolescentes, promovendo a saúde bucal até a fase adulta.



Fique atento!

O uso de chupetas e bicos em crianças não é recomendado. Além dos problemas relacionados à alimentação e nutrição, o uso desses materiais pode causar problemas no desenvolvimento da arcada dentária, no posicionamento dos dentes e no crescimento e desenvolvimento craniofacial³.

8

**Atenção em saúde bucal
no ambiente escolar**

As ações de saúde bucal devem ser planejadas de forma intersetorial e realizadas em conjunto pelas equipes de saúde e de educação, sempre que possível, conforme descrito no Capítulo 5. O foco dessas ações deve estar no desenvolvimento do autocuidado, na mudança de hábitos comportamentais e no desenvolvimento saudável dos estudantes, adaptando-as de acordo com a realidade de cada território e de cada escola.

As práticas de educação em saúde bucal também devem romper com a crença antiga de que os dentes não são para toda a vida e devem estar associadas à ação de Alimentação Saudável e Prevenção da Obesidade Infantil, de acordo com o relato no Capítulo 6.

Seguem alguns exemplos de ações de saúde que podem ser realizadas nas escolas:

- ✔ Promoção da saúde bucal e alimentação saudável.
- ✔ Promoção da saúde bucal e alimentação escolar (merenda e/ou cantina saudável).
- ✔ Práticas de escovação como componente da higienização corporal.
- ✔ Escovação dental supervisionada.
- ✔ Higiene das mãos.
- ✔ Aplicação tópica de flúor.
- ✔ Avaliação em saúde bucal.
- ✔ Detecção precoce de doenças orais.



Saiba mais

Para mais informações sobre saúde bucal no SUS

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/3wjE5SZ>. Acesso em 19 nov. 2020.
2. BRASIL. **Lei n.º 6.050, de 24 de maio de 1974**. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília, DF, maio 1974. Disponível em: <https://bit.ly/3NxyRR1>. Acesso em 19 nov. 2020.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sugars and dental caries**. Genebra: WHO, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/388Bxpr>. Acesso em 19 nov. 2020.
4. DYE, B. A. The Global Burden of Oral Disease: Research and Public Health Significance. **J. Dent Res.**, v. 96, n. 4, p. 361-363, 2017.
5. KASSEBAUM, N. J. *et al.* Prevalência, incidência e anos de vida ajustados por deficiência global, regional e nacional para condições bucais em 195 países, 1990–2015: Uma análise sistemática para a carga global de doenças, lesões e fatores de risco. **Journal of Dental Research**, v. 96, n. 4, p. 380-387, 2017.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil**. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3yOIMxx>. Acesso em 19 nov. 2020.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: MS, 2012.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3G7s0LI>. Acesso em 19 nov. 2020.
9. IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/39MJYHu>. Acesso em 19 nov. 2020.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos temáticos do PSE – Promoção da Saúde Bucal**. Brasília, DF: MS, 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3sS3RU1>. Acesso em 19 nov. 2020.
13. CASTRO, R. A. L. *et al.* Oral health-related quality of life of 11- and 12-yearold public school children in Rio de Janeiro. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 39, p. 336-344, 2011.
14. MASHOTO, K. O. *et al.* Changes in the quality of life of Tanzanian school children after treatment interventions using the Child-OIDP. **Eur. J. Oral Sci.**, v. 118, n. 6, p. 626-634, Dec. 2010.

15. KRISDAPONG, S. *et al.* Impacts on quality of life related to dental caries in a national representative sample of Thai 12- and 15-year-olds. **Caries Res.**, v. 47, p. 9-17, 2013.
16. AIMÉE, N. R. *et al.* Dental caries, fluorosis, oral health determinants, and quality of life in adolescents. **Clin. Oral Investig.**, v. 21, n. 5, p. 1811-1820, Jun. 2017.
17. SEEHRA, J.; NEWTON, J. T.; DIBIASE, A. T. Bullying in schoolchildren – its relationship to dental appearance and psychosocial implications: an update for GPs. **Br. Dent. J.**, v. 210, n. 9, p. 411-415, 14 May 2011.
18. ADOLESCENT ORAL HEALTH CARE. **American Academy of Pediatric Dentistry**. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3sOMcfs>. Acesso em 19 nov. 2020.
19. UNITED KING. **Guidance Health matters: child dental health**. London, 14 June 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3LGujgu>. Acesso em 19 nov. 2020.
20. FREIRE, M. do C. *et al.* Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 24, n. 5, p. 357-361, Oct. 1996.
21. PERES, M. A. *et al.* Modifiable Factors Explain Socioeconomic Inequalities in Children's Dental Caries. **J. Dent Res.**, v. 98, p. 11, p. 1211-1218, Oct. 2019.
22. CORRÊA-FARIA, Patrícia. *et al.* Incidência de cárie dentária na dentição decídua e fatores de risco: um estudo longitudinal. **Braz. oral res.**, v. 30, n. 1, p. e59. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3NoQAKu>. Acesso em: 9 nov. 2020.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2018.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Manual da Equipe de Campo**. Brasília, DF: MS, 2009.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century — the approach of the WHO Global Oral Health Programme**. Geneva, Switzerland: WHO, 2003.
26. SILVA, A. M. *et al.* Community-based population-level interventions for promoting child oral health. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 9, n. 9, CD009837, 2016.
27. UNASUS. **Módulo 1: Saúde da Criança**. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/38CgPi1>. Acesso em: 20 nov. 2020.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: MS, 2014.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, DF: MS, 2019.
30. BRASIL. **Lei n.º 11.947, de 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis n.ºs 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida

Provisória n.º 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei n.º 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/3a5hn00>. Acesso em: 19 nov. 2020.

31. BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Conselho Deliberativo. **Resolução n.º 6, de 08 de maio de 2020**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Brasília, DF: Mec, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3z8OQBt>. Acesso em: 19 nov. 2020.
32. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Higienização correta das mãos é fundamental para garantir segurança do paciente**. Brasília, DF, OMS, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3Ntbx7g>; higienizacao-correta-das-maos-e-fundamental-para-garantir-seguranca-do-paciente&Itemid=812. Acesso em: 19 nov. 2020.
33. CONHEÇA os cuidados para evitar o câncer de boca. Brasília, DF: MS, 2020. 1 vídeo (53 seg.). Disponível em: <https://bit.ly/3LCLxoo>. Acesso em: 20 nov. 2020.
34. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico dos casos de câncer de lábio e cavidade oral**. Brasília, DF: Inca, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3sPL5N2>. Acesso em: 20 nov. 2020.
35. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil**. Brasília, DF: Inca, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3MEeZvl>. Acesso em: 20 nov. 2020.
36. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Semana Nacional de Prevenção do Câncer de Boca**. Brasília, DF: Inca, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3MCpobh>. Acesso em: 20 nov. 2020.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, DF: MS, 2009.
38. LIMA, T. J. Low-fluoride dentifrice and caries lesions control in children with different caries experience: a randomized clinical trial. **Caries Research**, v. 42, p. 46-50, 2008.
39. MARINHO, V. C. C. Cochrane revisões de ensaios clínicos randomizados de terapias de flúor para prevenção de cárie dentária. **Eur. Arch. Paediatr. Dent.**, v. 10, p. 183-191. 2009.
40. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINAS. Odontologia Restauradora – Fundamentos e Possibilidades. **Uso do Flúor e Controle da Cárie como Doença**. Jaime Aparecido Cury. Campinas, SP: Unicamp, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/38dQUNq>. Acesso em: 20 nov. 2020.
41. SANTOS, A. P. P.; NADANOVSKY, P.; OLIVEIRA, B. H. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 41, p. 1-12, 2013.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS**. Concentração de Flúor em Dentifrícios com efeito Anticárie. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/38Nx7V4>. Acesso em: 20 nov. 2020.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF: MS, 2019.

44. CARVALHO, J. C. *et al.* Occlusal caries: biological approach for its diagnosis and management. **Caries Res.**, v. 50, p. 527-542, 2016.
45. RAJWANI, A. R. *et al.* Effectiveness of Manual Toothbrushing Techniques on Plaque and Gingivitis: A Systematic Review. **Oral Health Prev. Dent.**, v. 18, n. 1, p. 843-854, 2 Oct. 2020.
46. MACHUQUEI meu dente! E agora? São Paulo, USP, 2020. 1 vídeo (2 min.). Publicado pelo canal: Alfabetização em Saúde Bucal. Disponível em: <https://bit.ly/39JLlqq>. Acesso em: 20 nov. 2020.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



Em cooperação



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**