***ORIGINAL PAPER***

# QUANDO INICIAR OS CUIDADOS BUCAIS DO BEBÊ?

## WHEN IS THE BEST TIME TO START ORAL CARE IN BABIES?

Ana Carla Robatto Nunes\* Renato Magalhães Costa\*\* Lavyne Oliveira Bahia\*\*\*

Flávia Godinho Costa Wanderley\*\*\*

Hugo Martins Rocha\*\*\*

**Unitermos**

Odontopediatria,

Saúde Bucal, Promoção da Saúde.

**Resumo**

Objetivo: Analisar a opinião de Odontopediatras e Cirurgiões-Dentistas que atendem crianças sobre os cuidados bucais necessário para saúde do bebê. Material e métodos: Estudo prospectivo, com delineamento transversal, ca- ráter exploratório e abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 53 profissionais e a coleta de dados foi conduzida em Salvador (BA), entre feve- reiro e novembro de 2013, com o uso de um questionário estruturado com 15 questões. Resultados: Entre os profissionais incluídos no estudo, 92% eram do sexo feminino e 66% tinham pós-graduação em Odontopediatria. A fase edêntula foi citada como o momento ideal tanto para acontecer o primeiro atendimento odontológico (90%) quanto para iniciar a higiene bucal do bebê (98%), sendo a gaze estéril (47%) associada à água filtrada (79%) a combinação mais recomendada. Após a irrupção do primeiro dente decíduo, a indicação mais citada foi o uso da dedeira (38%) associada ao dentifrício não fluoretado (45%), recomendação modificada para escova de dente (98%) com dentifrício não fluoretado (53%) após a irrupção do primeiro molar decíduo. Caso o bebê apresentasse atividade de cárie, 74% recomendariam o uso de dentifrícios flu- oretados. Os voluntários preconizavam dentifrício fluoretado em quantidade semelhante a um grão de arroz para crianças menores de quatro anos (80%) e do tamanho de um grão de ervilha nos pacientes maiores que essa idade (75%). Conclusão: Os voluntários recomendam um início precoce de cuidados bucais nos bebês, se mostram cautelosos sobre o uso de dentifrícios fluoretados na primeira infância, mas estimulam seu uso em pacientes com atividade de cárie.

**Uniterms**

Pediatric

Dentistry, Oral Health, Health Promotion.

**Abstract**

Purpose: To evaluate the opinion of pediatric dentists, and general dentists treating children, regarding oral care in babies. Methods: Prospective study, with a cross-sectional design, utilizing an exploratory and quantitative appro- ach. The sample consisted of 53 dentists, and data were collected in the city of Salvador (BA) between February and November of 2013 by means of a 15-question questionnaire. Results: Among the dentists included in the study, 92% were female and 66% were pediatric dentists. The edentulous phase was considered the ideal phase for the first dental visit (90%) and for initiating oral care in babies (98%). Sterile gauze (47%) with filtered water (79%) was the most recommended method. After eruption of the first deciduous tooth the finger toothbrush was the most recommended tool, chosen by 38% of the dentists, associated with fluoride-free toothpaste (45%). Toothbrush (98%) and fluoride toothpaste (53%) were both recommended after eruption of the first deciduous molar. If the baby is caries-active, 74% of the dentists recommended the use

of a toothpaste containing fluoride. Surveyed dentists recommended that the amount of toothpaste be the size of a grain of rice in children younger than four years old (80%), and a pea-size for older children (75%). Conclusions: The surveyed dentists recommended the early initiation of oral care in babies. They used caution in recommending the use of fluoridated toothpaste in the early childhood years, but its use is advised, especially in caries-active children.

**INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos, a Odontologia, a exemplo de outras áreas da Saúde, tem evoluído para um novo paradigma de prática: o da Promoção de Saúde, o qual vem substituir o tradicional modelo flexneriano, vigente durante mais da metade do século XX1. A prevenção passou a ocupar posição de destaque na odontologia moderna no decorrer dos últimos anos em razão da alta prevalência da cárie dentária, que afeta prioritariamente as crianças e os adolescentes. Esse perfil epidemiológico tem sido atribuído, entre outras causas, à desinformação dos pais em relação à saúde bucal2.

Novos conceitos foram desenvolvidos a partir do princípio de que a educação gera hábitos de vida saudáveis, surgindo então a necessidade de uma atuação precoce, no intuito de manter a saúde, antes mesmo de prevenir a doença3.

Os dados estatísticos mostram que menos de uma criança a cada cinco das que receberam atendimento médico no início da infância, re- cebe atendimento odontológico. Por esta razão, deveria se priorizado o atendimento odontoló- gico para crianças de zero a um ano de idade, considerando que esta é a idade mais adequada para estabelecer a odontologia promotora de saúde, eficiente e de baixo custo4.

A infância é um momento fundamental para o desenvolvimento de ações positivas com re- lação à saúde bucal, especialmente na faixa de zero aos três anos, quando ocorre a formação de hábitos, dentre os quais se incluem os de higiene bucal, que constituem fatores determi- nantes na prevenção da cárie dentária. Assim, é fundamental que a prevenção possa ser aplicada pelos pais ou responsáveis sob a orientação do cirurgião-dentista. Os conhecimentos científicos hoje asseguram a possibilidade de se acompa- nhar uma criança desde o seu nascimento até a idade adulta de maneira que ela não passe por experiência de cárie ou doença periodontal 2.

Dentro desse contexto, a Odontologia para bebês exercer um papel educativo-preventivo iniciado antes mesmo do bebê nascer através

do aconselhamento pré-natal e posteriormente, a partir dos cuidados com a saúde bucal da criança5.

Entretanto, ainda existem visões díspares na comunidade científica sobre alguns dos princi- pais tópicos desse assunto, como, por exemplo, o exato momento para iniciar os cuidados bucais com o bebê, de que forma e com que freqüência essa higienização deve ser feita sobre uso de dentifrícios não fluoretados e a concentração ideal para os dentifrícios fluoretados.

Esse trabalho tem como objetivo analisar a opinião de Odontopediatras e cirurgiões-dentistas clínicos que atendem crianças sobre os cuidados bucais necessário para saúde do bebê.

**MATERIAL E MÉTODOS**

Esse trabalho consiste em um estudo pros- pectivo, com delineamento transversal, com caráter exploratório e abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 35 cirurgiões-dentistas especialistas e 18 cirurgiões-dentistas clínicos gerais que atendiam crianças nos seus consul- tórios, totalizando 53 voluntários.

A pesquisa aconteceu em Salvador (BA), entre os meses de fevereiro e novembro de 2013. A seleção dos voluntários foi realizada de forma aleatória e seguindo critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos profissionais gra- duados em Odontologia que haviam concluído pós-graduação *Lato senso ou Stricto senso* em Odontopediatria e cirurgiões-dentistas clínicos que atendiam crianças em seu consultório em um número maior que três pacientes infantis em oito horas de trabalho diário. Profissionais que não tinham cursado pós-graduação em Odon- topediatria e profissionais clínicos que atendiam crianças em seu consultório em um número menor ou igual a três pacientes infantis, em oito horas de trabalho por dia, foram excluídos.

Antes da realização da coleta de dados, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, e sendo aprovado com o protocolo número 56/2010. Os pesquisadores realizaram o levan- tamento nos consultórios dos voluntários. Todos

os voluntários foram solicitados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato e o sigilo das informações fornecidas foram obtidos com a separação entre os TCLE e os questionários respondidos (que não tinham identificação pelo nome).

Os profissionais responderam um questioná- rio semi-estruturado composto por 15 questões sobre cuidados para saúde bucal para bebês. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel 2010 e apresentados por meio de estatística descritiva simples (valor numérico e percentual).

**RESULTADOS**

A amostra foi composta em maior número por mulheres (92%) e profissionais pós-graduados em Odontopediatria (66%). Sobre a época ideal para a primeira consulta odontológica do bebê, a maioria dos profissionais entrevistados (90%) acreditava que esta deveria ser realizada ainda na fase edêntula. Somente 10% da amostra apontou que e momento ideal para a primeira consulta seria após a irrupção do primeiro dente decíduo.

A respeito do início da higienização bucal do bebê realizada pelos responsáveis, a fase edêntula também foi apontada como o momento mais adequado por quase a totalidade dos pro- fissionais participantes (98%). Apenas 2% dos profissionais recomendaram que os responsáveis aguardassem a irrupção do primeiro dente de- cíduo para iniciar a higiene bucal.

Para realizar a higienização na fase edêntula, os voluntários acreditavam que a gaze estéril (47%) e a fralda (42%) deveriam ser priorita- riamente utilizadas. Entre os entrevistados um pequeno número citou a possibilidade de uso de outros objetos como gaze não estéril ou algo- dão (11%). Sugeriram que os utensílios citados anteriormente deveriam ser associados à água filtrada (79%), soro fisiológico (17%) ou água oxigenada (4%).

Quanto à frequência de higienização antes da irrupção dos dentes decíduos, 64% dos profissionais acreditavam que esta deveria ser realizada após cada mamada, 19% indicaram a frequência de uma vez ao dia, 8% duas vezes ao dia e 9% três vezes ao dia.

Após a irrupção do primeiro dente decíduo, os utensílios mais indicados para a higienização foram a dedeira, indicada por 38% dos parti- cipantes, escova de dente (36%), fralda (13%), gaze estéril (9%) e algodão (4%), associados ao dentifrício não fluoretado (45%), água filtrada

(41%), soro fisiológico (8%) ou dentifrício fluo- retado (6%)

Com a irrupção dos molares decíduos, a es- cova de dente foi a indicação de 98% dos profis- sionais, enquanto que a dedeira foi a escolha de apenas 2%. Estes indicaram a associação destas ao dentifrício não fluoretado (53%), dentifrício fluoretado (42%) ou água filtrada (5%).

A frequência de higiene bucal considerada ideal após a irrupção dos dentes decíduos foi de três vezes ao dia (58%). A segunda escolha entre os profissionais entrevistados foi após a ingestão de alimentos (34%). A frequência de duas vezes ao dia foi indicação de 8% da amostra.

Os voluntários foram questionados quanto ao início do uso do dentifrício fluoretado e a grande maioria relacionou o início de sua utili- zação no momento que a criança estivesse apta cuspir. Alguns profissionais (23%) indicaram a idade mínima de 4 anos para a utilização deste produto, enquanto outros condicionaram seu uso à presença do primeiro dente decíduo (17%).

Caso o bebê apresentasse atividade de cárie dentária, 74% dos voluntários utilizariam denti- frícios fluoretados. Nesse caso, as concentrações mais indicadas seriam 1100ppm (40%) e 500 ppm (26%), e 8% dos participantes não sabiam a concentração que indicariam.

Foi perguntado aos voluntários, qual a quan- tidade de dentifrício fluoretado que deveria ser utilizada em cada higienização em crianças com até quatro anos. Uma quantidade correspondente ao tamanho de um grão de arroz foi a resposta de 80% dos profissionais entrevistados. A referência do tamanho de uma ervilha foi a resposta de 20% da amostra. Em maiores de quatro anos de idade, 75% dos profissionais preconizaram que a quan- tidade de dentifrício fluoretado fosse compatível com o tamanho de um grão de ervilha, enquanto que 25% dos voluntários indicaria o tamanho de um grão de arroz.

**DISCUSSÃO**

A maioria dos profissionais entrevistados acreditava no modelo de promoção de saúde e indicavam que a primeira consulta odontológica da criança aconteça ainda na fase edêntula para que as ações educativas aos pais possam ser iniciadas, objetivando a prevenção da instala- ção das doenças bucais2. Existem profissionais que indicam apartir de 6 meses de idade como o melhor momento porque os primeiros dentes deverão esta aparecendo na cavidade bucal2, já outros recomendam o primeiro ano de vida

como o momento ideal para a primeira visita ao cirurgião-dentista6.

Entretanto, observa-se que os pais procuram tardiamente esse profissional para o acompa- nhamento das crianças. Uma alternativa seria a atuação efetiva do médico pediatra, uma vez que é com esse profissional que as crianças me- nores de três anos mantêm um vínculo precoce e frequente, com revisões sistemáticas de saúde. Contudo, a implantação dessa estratégia pode encontrar limitações no conhecimento técnico dos médicos pediatras, tanto para a orientação dos pais, quanto para o encaminhamento de crianças pequenas aos cirurgiões-dentistas2.

Dos profissionais entrevistados, quase sua to- talidade indicaram que o início da higiene bucal do bebê deveria ocorrer ainda na fase edêntula. Uma pequena porcentagem sugere que esta inicie a partir da irrupção do primeiro dente decíduo. Esse achado denota a preocupação na adoção de cuidados preventivos precocemente, estando de acordo com o modelo de promoção em saúde.

Na literatura, existem duas recomendações sobre o início da higiene bucal nesses momen- tos: na fase edêntula7,8 e no primeiro ano de vida do bebê4. Na fase edêntula, o objetivo da higienização seria educacional, ou seja, con- dicionar a criança à manipulação dos tecidos bucais. De acordo com Oliveira *et al.*8, com este treinamento, a criança se acostumará desde pe- quena com introdução de objetos em sua boca, facilitando o aprendizado no futuro. A indicação do início da higienização no primeiro ano de vida está relacionada à irrupção do primeiro dente e necessidade da remoção do biofilme de uma estrutura não descamativa4.

Em relação aos instrumentos para higieni- zação bucal na fase edêntula, a indicação mais comum foi o uso de gaze estéril ou fralda, ume- decidas com água filtrada ou soro fisiológico. A gaze estéril7-9 e a fralda8, 9 são os instrumentos frequentemente citados na literatura. A fralda apresenta algumas vantagens em relação ao uso da gaze estéril, pois tem um baixo custo financeiro e faz parte do enxoval da maioria das crianças, independente da classe sócio- econômica da sua família. Uma fralda pode ser dividida em quatro pedaços e ser reservada exclusivamente para higienização bucal do bebê. Além disso, a gaze pode soltar fios da sua trama e irritar a criança.

Oliveira *et al*.8 explicam que essa limpeza pode ser acompanhada com diferentes subs- tâncias ou soluções químicas auxiliares, como

água fervida e/ou filtrada, água bicarbonatada, ou uma solução de água oxigenada diluída na proporção de 1:3. No presente estudo, a água filtrada foi citada como primeira opção para au- xiliar na limpeza. Sugere-seque a fralda também pode ser usada seca ou umedecida na própria saliva do bebê.

A frequência de higienização na fase edêntu- la citada pela maioria dos profissionais foi após cada mamada. Essa também é a recomendação de Ramos-Gomez10. Entretanto, essa frequência pode ser questionada. Um bebê é amamen- tado, em média, entre oito a doze vezes por dia. Realizar essa frequência de higienização rotineiramente seria muito cansativo para os pais, além de promover uma remoção cons- tante. A limpeza pode ser realizada uma vez ao dia, durante o banho, para estimular o bebê a associar a ideia da higiene bucal como parte da higiene corporal. Oliveira *et al*.8 ratificam a recomendação sobre essa frequência.

Após a erupção do primeiro dente decíduo, os profissionais indicaram a utilização da dedeira ou escova de dente associada com dentifrício não fluoretado ou água filtrada. Stuani *et al*.7 escla- recem que os métodos de higiene bucal devem acompanhar a evolução da dentição decídua do bebê. Até dois anos de idade, podem ser utili- zadas a fralda, gaze esterilizada ou dedeira de silicone, e a seguir, escova de dente e fio dental. Os incisivos e caninos são dentes com su- perfícies lisas e regulares, portanto, antes do irrompimento dos molares decíduos, é possível realizar a higienização do bebê com o uso da fralda. A dedeira de silicone pode ser utilizada, mas apresenta um considerável custo financeiro. A escova de dente infantil também é indicada, mas pode machucar a criança na realização de algum movimento intempestivo da mesma. Apartir do momento que a criança apresenta ponto de contatos dentários é necessário o início

do uso do fio dental na higienização.

O uso do dentifrício não fluoretado pode ser uma opção, mas não é essencial e não desem- penha nenhum papel no controle da doença cárie. A maior utilidade desse tipo de dentifrício seria relacionada com o sabor atrativo que pode melhorar a aceitação infantil em relação a esco- vação11. O soro fisiológico e a água fervida são boas opções para umedecer os artefatos usados para higiene, sendo a água mais recomendada pela maior acessibilidade e praticidade. Nessa fase, o umedecimento do utensílio escolhido para higienizar os dentes anteriores pode ser conseguido com própria saliva do bebê.

Após a irrupção dos molares decíduos, os voluntários, em quase sua totalidade, aconse- lham o uso de escova dental para higienização do bebê, associada ao dentifrício não fluoretado ou fluoretado. Os pais podem fazer toda lim- peza com o uso da escova de dente infantil, ou ainda, promover uma higienização utilizando a fralda para remover o biofilme dos incisivos e caninos e a escova de dentes para limpeza dos molares, já que esses apresentam superfície com maior quantidade de reparos anatômicos, o que dificulta a remoção do biofilme pelo atrito de um tecido, como fralda ou gaze.

Mais da metade da amostra indica a frequên- cia de 3 vezes ao dia como ideal para limpeza dos dentes após sua erupção. Pouco mais de um terço, sugere a necessidade de higienização após ingestão de alimentos. A realização de duas escovações diárias deve ser o número mínimo de escovações necessárias para o estabelecimento e manutenção da saúde bucal, principalmente quando se utiliza dentifrício fluoretado 10,12,13

.

O momento em que a criança encontra-se apta para cuspir foi apontado como melhor período para iniciar o uso de dentifrícios flu- oretados por mais da metade dos profissionais participantes. Embora as crianças deglutam parte do dentifrício utilizado na escovação, os graus de fluorose mais observados no levantamento SBBrasil 201014 foram leve e muito leve, não interferindo na qualidade de vida destes indiví- duos13.

Praticamente três a cada quatro cirurgiões-

-dentistas utilizariam dentifrícios fluoretados em pacientes entre seis meses e dois anos que apre- sentassem atividade de cárie. Nessa condição, a concentração escolhida seria de 1100ppm, seguida por 500ppm.

Existem fortes evidências científicas sobre o papel dos dentifrícios fluoretados no controle da doença cárie, porém deve-se enfatizar a influ- ência da concentração deste íon no resultado. Os dentifrícios com baixa concentração de flúor foram lançados no mercado com o objetivo de diminuir o risco à fluorose, devido a ingestão inadvertida de pasta por crianças pequenas. Porém, não há evidências cientificas sobre o efeito destes no controle da progressão de cárie, principalmente quando utilizado em crianças expostas a um grande desafio cariogênico, com higiene bucal deficiente e alta frequência de ingestão de sacarose13.

Walsh et al.15 realizaram uma revisão siste- mática sobre dentifrícios com diferentes con- centrações de fluoretos na prevenção de cárie

dentária em crianças e adolescentes. Após a análise de 75 estudos, os autores confirmam os benefícios do uso de creme dental com flúor na prevenção da doença cárie em crianças e adolescentes, quando comparado com placebo, mas apenas de forma significativa para as con- centrações de flúor de 1000 ppm ou superior.

Deve-se enfatizar a necessidade do controle da quantidade do dentifrício dispensada na esco- va durante cada escovação por um adulto16. Para menores de quatro anos de idade, a maior parte dos profissionais entrevistados indicaram que a quantidade de dentifrício dispensada em cada escova deveria ser semelhante a de a um grão de arroz de dentifrício fluoretado. As crianças maiores de quatro anos, a maioria da amostra permitia a utilização de quantidade semelhante a um grão e ervilha.

**CONCLUSÃO**

Foi possível observar que os profissionais da área de odontologia que atendem crianças, bem como os especialistas em Odontopediatria, in- dicam que a primeira consulta odontológica da criança aconteça precocemente, ainda na fase edêntula. É também nessa fase que indicam o início da higienização bucal usando preferen- cialmente gaze estéril ou fralda, umedecidas com água filtrada. A frequência de higienização indicada após cada amamentação pode ser questionada e consistir em medida exagerada, sendo a higiene uma vez por dia, na fase edên- tula, mais racional.

Após a irrupção do primeiro dente, a dedeira ou escova de dente associada aos dentifrícios não fluoretado ou água filtrada foram os instru- mentos mais recomendados. Com a irrupção dos molares decíduos, o uso de escova de dentes com dentifrício não fluoretado ou fluoretado foram as formas mais indicadas pelos participan- tes. Porém, deve-se lembrar que os dentifrícios fluoretados não apresentam influência no con- trole da doença cárie.

A maioria dos participantes da pesquisa indicaria o uso de dentifrício fluoretado em bebês que apresentassem atividade de cárie. A concentração de escolha seria 1100 ppm.

Os profissionais consultados demonstraram preocupação no controle da quantidade de den- tifrício utilizada nas crianças. Em menores de quatro anos, a quantidade correspondente a um grão de arroz foi a escolhida, aumentando para uma quantidade semelhante a um tamanho de um grão de ervilha em maiores de quatro anos.

**REFERÊNCIAS**

1. Stocco G, Baldani MH. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Es- tratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva 2011;16(4):2311-21.
2. Guisso SS, Geib LTC. Conhecimento do médico pediatra acerca da promoção da saúde bucal na primeira infância em unidades básicas de saúde da família. O Mundo da Saúde 2007;31(3):355-63.
3. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. RGO 2007;55(3):271-4.
4. Figueiredo MC, Guaruenti CAD, Sampaio MSS, Michel JÁ, Diaz BGMR. La impor- tancia de incluir a losniñosenel primer año de vida enlosproyectis de salud pública: evaluación de los resultados de una clínica de bebés. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia 2008;19(2):5- 12.
5. Magalhães AC, Rios D, Honório HM, Machado MAAM. Estratégias educativas-

-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. Odontologia. Clín.-Científ 2009;8(3):245-9.

1. Cavalcanti AL, Carvalho LF, Pereira LL, Medeiros AD, Valença AMG, Duarte RC. Primeira Consulta Odontológica: Percep- ções dos Cirurgiões-dentistas quanto ao Período Ideal. JBP – J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2002;5(27):420-4.
2. Stuani AS, Freitas AC, Silva FWGP, Quei- roz AMV. Como realizar a higiene bucal em crianças. Pediatra 2007;29(3):200-7.
3. Oliveira DFS, Moura HG, Oliveira AJ. Higiene bucal de bebês de 0 a 6 meses.

RevistaCientífica do ITPAC 2008;1(1):34- 8.

1. Figueiredo MC, Faustino-Silva DD. Efeti- vidade de dedeira de gaze comparada à escova dental convencional no controle do biofilme dentário em bebês. Conscientiae Saúde 2008;7(3):357-66.
2. Ramos-Gomez FJ. Clinical Considerations for na Infant Oral Health Care Program. Compendium 2005;26(5):17-23.
3. Modesto A, Lima KC, Uzeda M. Deter- minação da atividade antimicrobiana de soluções utilizadas na higiene bucal de bebês. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003;6(29):18-23.
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Pre- ventive Strategies. Oral Health Policies: Reference Manual 2012-2013;34(6):50-2.
5. Cury JA, Tenuta LMA. Evidence-based recommendation on toothpaste use. Braz Oral Res 2014;28(Spec Iss 1):1-7.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Aten- ção Básica, Coordenação Nacional de Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa nacional de saúde bucal. Principais resultados. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
7. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2010;20(1).
8. Oliveira BH, Santos APP, Nadanovsky P. Uso de dentifrícios fluoretados por pré-es- colares: o que os pediatras precisam saber? Residência Pediátrica 2012;2(2):12-9.

|  |
| --- |
|  |
| **Endereço para correspondência:** |
| Ana Carla Robatto Nunes Endereço:Escola Bahiana de Medi Saúde Pública, Faculdade de Od Av. Silveira Martins, n. 3386, Cab dor, BA – Brasil. CEP: 41150100. Fax: (71) 32578230Telefone:(71) 9201 1679E-mail:acrnunes@bahiana.edu.br |

cina e ontologia. ula, Salva-

***CASE REPORT***