

EUNICE KUHN

**PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM BEBÊS PARTICIPANTES DE
UM PROGRAMA EDUCATIVO-PREVENTIVO NA CIDADE DE
PONTA GROSSA – PR**

PONTA GROSSA

2002

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/ UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE PONTA GROSSA

PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM BEBÊS PARTICIPANTES DE
UM PROGRAMA EDUCATIVO-PREVENTIVO NA CIDADE DE
PONTA GROSSA – PR

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, junto à FIOCRUZ – RJ, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares

2^a Orientadora: Prof^a. Dra. Denise Stadler Wambier

PONTA GROSSA

2002

*Dedico este trabalho a meus filhos,
Rodrigo e Diego, pela compreensão nos
momentos de dificuldades e pelo
carinho que sempre me concederam.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me proporcionado equilíbrio tanto físico como mental e espiritual, durante a realização desta pesquisa.

A **Profª. Dr.ª Maria de Fátima Lobato Tavares**, pela dedicação e competente orientação no desenvolvimento deste trabalho.

A **Profª. Dr.ª Denise Stadler Wambier**, que além de grande amiga, tornou-se minha 2ª orientadora e com a qual sempre pude contar nas horas de dificuldades.

A **Profª. Dr.ª Tiemi Matsuo** pela grande dedicação e ajuda na elaboração dos resultados.

As acadêmicas **Ana Paula Gelinski Santos, Carolina Barbosa Schwab, Denise Cristina Pazin e Fabiana Bucholz Teixeira Alves**, pela dedicação e incansável ajuda no trabalho de campo.

As **Assistentes Sociais e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)**, sem as quais este trabalho com certeza teria sido bem mais difícil de se realizar.

As **Associações de bairro e aos representantes das paróquias**, que nos cederam os locais para os encontros com as mães.

As **Mães e seus bebês**, que colaboraram para que este trabalho possa trazer alguma contribuição à melhoria na saúde bucal da população.

As minhas irmãs **Maria e Lourdes** pelo incentivo e colaboração neste trabalho.

À **toda minha família** que de alguma forma colaborou para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus filhos **Rodrigo e Diego**, que mostram-me a cada momento, o verdadeiro sentido da vida.

À minha amiga **Nelba Maria Pissaco**, pelo carinho dedicado à meu filho, nos momentos de minha ausência.

A **Universidade Estadual de Ponta Grossa**, a qual proporcionou-me crescimento tanto científico quanto profissional.

A **Dental Prev Ind. Com. LTDA** pela colaboração no envio das escovas infantis utilizadas.

A **Todos** que direta ou indiretamente colaboraram para que este trabalho se realizasse.

*Não se pode ensinar tudo a
alguém, pode-se apenas ajudá-lo a
encontrar por si mesmo.*

Galileu Galilei

SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE TABELA	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS	4
1.1.1 OBJETIVO GERAL	4
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.2 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	4
2 JUSTIFICATIVA	6
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA	7
3.2 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	9
3.3 ELEMENTOS DO CAMPO DA SAÚDE (LALONDE, 1996)	17
3.3.1 INTRODUÇÃO	17
3.3.2 BIOLOGIA HUMANA	20
3.3.3 ESTILO DE VIDA	21
3.3.4 AMBIENTE	26
3.3.5 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA	29
4 METODOLOGIA	35
4.1 O LOCAL DA PESQUISA	35
4.2 DESENHO METODOLÓGICO	36
4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	37
4.3.1 SELEÇÃO DOS GRUPOS	38
4.3.2 QUESTIONÁRIO	44
4.3.3 PROGRAMA PREVENTIVO	44
4.3.3.1 MANUAL DE ORIENTAÇÃO	44
4.3.3.2 PALESTRAS EDUCATIVAS	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 DISCUSSÃO	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58

REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	67

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – OFÍCIO CIRCULAR / PESQUISA 02/02 – UEPG	67
ANEXO II – DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO TRATAMENTO – CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO	68
ANEXO III – QUESTIONÁRIO 1	70
ANEXO IV – MANUAL DE ORIENTAÇÃO	72
ANEXO V – FICHA CLÍNICA (GRUPO SOB INTERVENÇÃO)	73
ANEXO VI – FICHA CLÍNICA (GRUPO SEM INTERVENÇÃO)	76
ANEXO VII – QUESTIONÁRIO 2	77

LISTA DE QUADROS

QUADRO I – NÚMERO DE BEBÊS EXAMINADOS NOS GRUPOS SOB INTERVENÇÃO E SEM INTERVENÇÃO (CONTROLE)	38
QUADRO II – LOCALIZAÇÃO E POPULAÇÃO DOS BAIRROS ONDE OS GRUPOS FORAM FORMADOS	39
QUADRO III – NÚMERO DE BEBÊS E A FAIXA ETÁRIA INICIAL EM CADA GRUPO ESTUDADO	41
QUADRO IV – NÚMERO DE BEBÊS E A FAIXA ETÁRIA EM CADA GRUPO ESTUDADO	43
QUADRO V – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICA-CULTURAIS DO GRUPO SOB INTERVENÇÃO	47
QUADRO VI – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL ODONTOLÓGICO DAS MÃES DO GRUPO SOB INTERVENÇÃO ..	48
QUADRO VII – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS INFORMAÇÕES / CONHECIMENTO DAS MÃES DO GRUPO SOB INTERVENÇÃO	49
QUADRO VIII - PERCENTUAIS RELATIVOS AOS HÁBITOS DE AMAMENTAÇÃO E HIGIENE BUCAL ADOTADOS NO INÍCIO DO ESTUDO E APÓS 12 MESES DE INTERVENÇÃO	50

LISTA DE TABELAS

TABELA I – PERCENTUAIS DE BEBÊS COM E SEM LESÕES CARIOSAS NOS GRUPOS SOB INTERVENÇÃO E SEM INTERVENÇÃO, EXAMINADOS 15 MESES APÓS O INÍCIO DA PESQUISA	51
---	----

RESUMO

Esta pesquisa objetivou avaliar a influência de um programa educativo/preventivo na promoção da saúde bucal de 122 bebês, na faixa etária de 1 a 36 meses e suas respectivas mães, residentes na cidade de Ponta Grossa/PR. Através de questionários aplicados no início do estudo, e após 12 meses, identificou-se o conhecimento materno prévio e hábitos adotados com sua própria saúde bucal e a de seus filhos, bem como alterações ocorridas após transmissão de informações, para a instituição de hábitos saudáveis, desde os primeiros anos de vida. O grupo sob intervenção foi atendido de 3 em 3 meses, durante 15 meses. A cada consulta, as crianças tinham seus dentes higienizados, e suas mães acesso a orientações formativas, para práticas preventivas adequadas, além da possibilidade de incluí-las em suas pautas de vida. Ao final do estudo, foi examinado um segundo grupo com 106 crianças, na mesma faixa etária, não participantes do programa educativo/preventivo. A redução de hábitos inadequados e o menor percentual de lesões cáries no grupo sob intervenção (9,83%), em comparação com o grupo que não sofreu intervenção (38,68%), sugere que: a) Apenas a informação ou conhecimento materno prévio sobre hábitos adequados, constatado através do questionário, não refletiu em atitudes saudáveis em relação à saúde bucal de seus filhos; b) O envolvimento materno com medidas educativas e preventivas, em programas de promoção da saúde bucal, podem determinar redução na prevalência da doença cárie em bebês; c) Ações educativas em programas de promoção da saúde bucal, aliadas ao reforço constante, desenvolveram habilidade e competência materna, estimulando o autocuidado em relação à saúde bucal de seus filhos; d) Integradas a um sistema de saúde de atenção básica, as ações educativas e preventivas resultam em medidas de impacto significativo, de baixa complexidade e baixo custo

Palavras-chave: Promoção da saúde bucal; Saúde bucal em bebês; Programa educativo/preventivo; Cárie dentária em bebês.

ABSTRACT

This research had as objective to evaluate the influence of the educative/preventive program in the oral healthy of 122 babies, with ages between 1 and 36 months and their respective mothers, residents in Ponta Grossa city, in Paraná state. Through the questionnaire used in the beginning of the study, and after 12 months, made the identification about the previous mother's knowledge and habits used with their proper oral healthy and of their children, and alterations occurred after the transmissions information, for the institution of healthy habits, since the first years of the life. The group under intervention was examined every 3 months, during 15 months. In each consultation, the children had hygiene in their teeth, and their mothers had access about the formal orientation for the adequate preventive practice, besides the possibility to include them in their life schedule. In the end of the study, was examined the second group with 106 children, with the same age, that didn't participate in the educative/preventive program. The reduction of improper habits and the minor percent of dental caries in the group under intervention (9,83%), in comparison with the group that didn't suffer intervention (38,68%), suggest that: a) Only the information or the previous mother's knowledge about the adequate habits, verified through the questionnaire, didn't reflect in healthy attitudes in relation with their children oral health; b) the mother's involvement with educative/preventive rules, in programs about the oral health promotion, can determinate the caries disease reduction in babies; c) Educative actions in programs about the oral health promotion, allied with the constant relief, developed mother's ability and capacity, stimulating the proper care in relation with their children oral health; d) Integrated in the health system of basic attention, the educative and preventives actions result in measure of significant impact, with short complexity and short costs.

Key-words: Oral health promotion; Baby's oral health; Educative/preventive programs; Dental caries in babies

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a cárie, a doença periodontal e a má-oclusão continuam sendo as patologias de maior prevalência e incidência universal na área odontológica, apesar dos avanços no conhecimento sobre suas etiologias e patogenias. No Brasil, também é grande o número de pessoas atingidas por estas patologias. No entanto, o sistema de atendimento que vigora no país resulta em uma assistência odontológica incapaz de suprir as necessidades da população, dando ênfase ao tratamento curativo das mesmas, sendo este na maioria das vezes de forma precária (Aguilar *et al.* 1999).

Partindo-se do conceito que “*Saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e para-médicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde*” (apud Rouquayrol, 1994), reconhecem-se hoje, dentro do campo da saúde pública, objetivos cada vez mais específicos, relacionados aos fatores que dizem respeito aos ambientes, biológico, físico e social e as maneiras pelas quais eles poderiam representar riscos, traduzíveis em ameaças à saúde e à qualidade de vida (Forattini, 2000).

Nessa articulação entre saúde e condições/qualidade de vida, pode-se identificar o desenvolvimento de uma estratégia das mais promissoras para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas. Trata-se da promoção da saúde, que *partindo do conceito amplo sobre o processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução* (Buss, 2000).

Embora a expressão “promoção da saúde” tenha sido usada a princípio por Leavell e Clark, para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, com um enfoque centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, posteriormente, com a segunda revolução epidemiológica, a promoção da saúde passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e estilos de vida (Buss, 2000).

Portanto, o conceito moderno de promoção da saúde é caracterizado pela constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, sugerindo, desta forma, uma nova proposta de reorganização da saúde na atenção básica.

Considerando-se que o Programa de Saúde da Família (PSF), representa uma proposta de reorganização da atenção básica, não mais centrada somente na assistência à doença, mas,

sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, a incorporação de ações de saúde bucal no referido programa, visa a uma integração das ações clínicas e de saúde coletiva, viabilizando a ampliação ao acesso da população a essas ações e a melhoria do quadro epidemiológico das doenças bucais no Brasil e, certamente, de suas conseqüências sobre a saúde geral dessa população.

Tentou-se inúmeras alternativas terapêuticas na busca da reversão deste quadro, mas muitas vezes não se consegue controlar estas doenças pois, sem transferência de conhecimento, não há resultado eficaz (Horowitz, 1994). O papel do conhecimento é um conceito fundamental em promoção da saúde e educação para a saúde, por ser essencial para que as pessoas possam tomar decisões conscientes.

“A educação deveria ser o fundamento de qualquer programa de saúde pública, para qualquer tipo de doença” (Horowitz, 1994). Esta afirmação remete-nos a questionamentos profundos no repensar em torno da questão. *Contudo, evidências consideráveis indicam que as informações transmitidas, freqüentemente não consideram o conhecimento científico disponível e muitas vezes são incorretas*, além, de pouco valorizarem o saber acumulado da população, o que dificulta sua articulação com o saber técnico.

A educação para a saúde pode ser definida como qualquer combinação planejada de aprendizado que predispõe, capacita ou reforça o comportamento voluntário, levando à saúde do indivíduo, do grupo ou da comunidade. A promoção de saúde é a combinação planejada de ações educacionais, políticas, regulatórias e organizacionais, que atuam na condição da saúde do indivíduo, do grupo ou da comunidade (Horowitz, 1994). Desta maneira, a educação para a saúde e a promoção da saúde, se tornam intimamente relacionadas, ou seja: a promoção da saúde depende da participação ativa da população bem informada no processo de mudança, enquanto que a educação para a saúde é uma ferramenta de vital importância neste processo (OPS, 1996).

A Carta de Ottawa (1986) define a promoção da saúde como *“o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”* (WHO, 1986).

Rezende (1986) afirma que a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. A educação para a saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança.

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 doença.

O atendimento ao bebê e, conseqüentemente, a educação e motivação dos pais em relação à saúde bucal é a forma mais prática, simples, eficaz e de baixo custo para se realizar programas de saúde pública. No entanto, no Brasil, por muito tempo o atendimento infantil esteve restrito à faixa etária escolar, recomendando-se, também, aos pais, levarem seus filhos ao dentista, após os três anos de idade, acreditando que a criança só poderia cooperar a partir desta idade. Hoje, a literatura nos prova, de forma incontestável, que a cárie não espera a idade “*cooperativa da criança*” e que ela afeta principalmente àquelas oriundas de famílias de classes populares e menor grau de escolaridade, e com maior dificuldade de acesso à educação para a saúde e para o atendimento.

A alta prevalência de cárie em bebês, demonstrada em uma série de estudos (Barros *et al.* 2001; Habibian *et al.* 2001; Wyne *et al.* 2001), esclarecem sobre a necessidade de programas voltados para a promoção de saúde na primeira infância, que visem manter a saúde bucal dessas crianças.

Tal estudo objetivou avaliar uma possível mudança no comportamento materno, diante do acesso às informações necessárias para a aquisição de hábitos saudáveis, desde os primeiros anos de vida. A redução das doenças bucais no grupo de bebês sob intervenção será um indicativo da eficiência das medidas educativas e preventivas aplicadas.

Diante do exposto, nosso **objeto de estudo** foi construído a partir das seguintes questões:

- 1- Até que ponto, os profissionais que realizam atendimento a mães e bebês, trabalham com questões relacionadas à prevenção da cárie dentária?
- 2- Há consideração do papel exercido pelos determinantes sociais no processo saúde/doença, por parte das equipes de saúde?
- 3- Há, efetivamente, oferta de informações que consideram a multiplicidade de fatores responsáveis pela cárie dentária em bebês, para o grupo familiar, por parte dos serviços de saúde?
- 4- Há organização de ações descentralizadas visando a informação e educação do grupo familiar sobre cárie dentária, em bebês?
- 5- Existe um saber cultural consolidado sobre a necessidade de promoção da saúde bucal desde o nascimento?

- 6- A motivação por parte do grupo familiar com relação à saúde bucal de seus bebês está relacionada com a dimensão pessoal, ou esta se insere em um âmbito mais amplo, podendo ser influenciada por um contexto social, econômico, cultural e político?

Com base nessas premissas, nossa **HIPÓTESE CENTRAL** é:

O acesso à informação e a medidas preventivas, contextualizados no conjunto dos aspectos determinantes da cárie dentária em bebês, interferem na sua redução.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 GERAL

- Analisar o comportamento de mães voluntárias da cidade de Ponta Grossa, diante do acesso às informações e medidas preventivas, necessárias para a aquisição de hábitos saudáveis desde os primeiros anos de vida dos bebês.

1.1.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência de cárie em bebês participantes do programa educativo-preventivo.
- Identificar conhecimento materno e práticas preventivas em bebês, para evitar o desenvolvimento da doença cárie (hábitos alimentares e de higiene bucal).
- Conhecer atitudes maternas para com a sua própria saúde bucal.

1.2 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

A presente dissertação está fundamentada em 6 capítulos, assim distribuídos:

1 Introdução: apresenta o assunto a ser tratado de forma breve e objetiva, fornecendo informações sobre a natureza, a importância do problema e suas limitações. Indica a finalidade e os objetivos do trabalho, referindo-se aos tópicos principais do texto explicitando o roteiro ou a ordem de exposição.

2 Justificativa: trata da relevância, da importância da problemática e que contribuições para a compreensão, intervenção ou solução para o problema poderão surgir a partir da realização de tal pesquisa.

3 Fundamentação teórica: é o levantamento da literatura correspondente ao assunto já publicado, situando a sua evolução na referida área. Serve de base para a investigação do trabalho proposto.

4 Metodologia: explicita o desenho metodológico, ou seja, a descrição precisa da maneira pela qual os objetivos propostos foram alcançados. Descreve os materiais, equipamentos e métodos utilizados, sendo estes os elementos principais para o sucesso da pesquisa, visando possibilitar a repetição do experimento por outra pessoa com a mesma precisão.

5 Resultados e discussão: procura-se estabelecer as relações entre causa e efeito, princípios básicos e generalizações, a partir de experimentos estabelecidos, elucidar exceções, contradições, modificações, teorias e princípios relativos ao trabalho, indicar as aplicações teóricas ou práticas dos resultados obtidos, assim como suas limitações, sugerir novas pesquisas, tendo em vista a experiência adquirida no desenvolvimento da pesquisa visando sua continuidade.

6 Considerações finais: é a recapitulação dos resultados obtidos e deve estar fundamentada em dados comprovados. Encontra-se intimamente relacionada com a proposição do trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

O estudo justifica-se, na medida em que representa uma necessidade de reforçar mudanças nos conceitos de atenção à saúde nos programas de Saúde Pública, com possibilidade de potencializar o impacto dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira.

Sua importância torna-se visível, quando consultamos a literatura odontológica e observamos a alta prevalência de cárie dentária na faixa etária dos bebês. Mostra a necessidade da criação de novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva, com uma relação de trabalho baseada na interdisciplinaridade, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva; um profissional com novo perfil, inteirado com a comunidade no sentido de mobilizá-la, estimulando sua participação e envolvendo-a nas atividades.

Torna visível a necessidade de democratizar o acesso à atenção integral à saúde, em todos os níveis de complexidade, independente de diferentes dimensões culturais e níveis sócio-econômicos, intensificando medidas de promoção da saúde, por meio de ações básicas, identificando e interferindo nos fatores de risco de forma apropriada.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com base no estudo proposto selecionaremos os temas aqui abordados, e que circunscrevem nosso objeto de estudo. Estes foram organizados nos seguintes tópicos:

3. 1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

3. 2 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

3. 3 – ELEMENTOS DO CAMPO DA SAÚDE (LALONDE, 1996):

3. 3. 1 - INTRODUÇÃO

3. 3. 2 – BIOLOGIA HUMANA

3. 3. 3 – ESTILO DE VIDA

3. 3. 4 – AMBIENTE

3. 3. 5 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL, NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA.

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

A promoção da saúde é basicamente uma atividade no campo social e não um serviço médico. Entretanto, profissionais de saúde têm um papel importante em fomentar e facilitar estas ações de promoção em todos os níveis da atenção à saúde (WHO, 1986, 1988, 1991, 1997).

Hoje, há pouco mais de dez anos da I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, que resultou no documento fundador do movimento atual da promoção da saúde - *a Carta de Ottawa* -(WHO, 1986), vemos que em seus pressupostos está contido uma concepção de saúde associada a um conjunto de valores, os quais denomina - *recursos para a saúde* – e que são: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e cooperação, entre outros.

Refere-se, também, a uma combinação de estratégias, tais como: medidas de cooperação intersetorial entre Estado e sociedade (políticas públicas para a saúde), atividades da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde). Ou seja: gira em torno da idéia de responsabilidade múltipla, quer seja pelos problemas ou por soluções propostas para estes (Buss, 2000).

O mesmo autor (Buss, op cit.), diz que atualmente, na Política Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), o enfoque para a promoção de saúde dirige-se sob postulados que orientam a estratégia de atenção primária da saúde, isto é:

- 1- A obtenção do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.
- 2- A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para sustentar o desenvolvimento econômico e social e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial.
- 3- A população tem o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, no planejamento e aplicação da atenção à saúde.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida “vívida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (Buss, 2000).

Enquanto a meta na educação para a saúde é tornar os indivíduos internamente melhor equipados para que possam fazer escolhas mais saudáveis, a promoção da saúde tenta fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se escolhas mais fáceis (Milio, 1983).

Os fatores de risco ambientais relacionados com as doenças bucais, ou seja, consumo exagerado de açúcar e higiene oral deficiente, são quase inteiramente determinados por comportamentos, os quais por sua vez são determinados por normas sociais. Uma estratégia populacional para prevenir enfermidades orais tem, portanto, que objetivar a mudança e a manutenção de normas sociais relacionadas com o consumo de açúcar e higiene oral. Além disso, a disponibilidade de flúor tem que ser considerada, uma vez que este elemento exerce um papel de proteção contra a cárie e pode ser facilmente colocado à disposição de todos ou da maioria (Nadanovsky, 2000).

A estratégia populacional reduz a incidência de doenças, porque todas as pessoas estão menos expostas às causas e/ou mais expostas aos fatores protetores ambientais, mesmo sem interferir nos padrões de susceptibilidade individual à doença. As pessoas continuam sendo tão suscetíveis quanto antes, mas como estão menos expostas às causas e/ou mais expostas aos fatores protetores, esse fator passa a ser de menor relevância.

A promoção de saúde bucal, em pré-escolares ou em adultos tem como fator limitante as conseqüências das doenças já instaladas. Nessas condições, o problema não se resume somente ao tratamento das doenças. Mais do que isso, envolve uma série de fatores, tais como, nível sócio-econômico, filosofias de trabalho, políticas de saúde, entre outros.

Garboza *et al.* (1997), mostraram a eficácia do atendimento precoce na promoção da saúde bucal, na faixa etária de 0 a 5 anos, numa população atendida pela Bebê Clínica da

Universidade Estadual de Londrina, onde obtiveram uma prevalência de 2% de cárie simples e 0% de cárie tipo mamadeira.

Low *et al.* (1999) realizaram um estudo piloto com o objetivo de avaliar os possíveis efeitos da cárie dental severa na qualidade de vida de pré-escolares. As informações foram obtidas no exame de 77 crianças (idade de 35 a 66 meses, média de 44 meses) com cárie severa na dentição decídua. Pais ou responsáveis foram questionados sobre sofrimento, hábitos alimentares e conduta social das crianças, antes e após a reabilitação oral. Os resultados mostraram que a doença dental criou um impacto na qualidade de vida dessas crianças. Houve uma mudança significativa na queixa de sofrimento, preferências alimentares, quantidade de alimento ingerido e hábitos de dormir, após o tratamento da cárie dental.

Kawabata *et al.* (1996), desenvolveram um indicador de saúde bucal (Infants Dental Index – IDI), baseado na relação entre fatores relacionados ao estilo de vida em crianças de 1.5 anos e a incidência de cárie nas mesmas crianças aos 3 anos de idade, do Centro Comunitário de Saúde em Hiroshima – Japão. Concluíram que o IDI pareceu válido e deve ser aplicado para identificar crianças de alto risco e direcionar mais a educação efetiva para com a saúde das mães, pois, houve uma relação altamente significativa entre esse indicador de saúde em crianças com 1.5 anos e o ceo-d (dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados) aos 3 anos de idade.

3.2- EDUCAÇÃO PARA SAÚDE

O acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades (WHO, 1997).

A educação para a saúde esteve sempre ligada à prevenção das doenças, como forma de modificar os comportamentos identificados como fatores de risco de determinadas enfermidades. Trata-se, fundamentalmente, de uma atividade educativa desenhada para ampliar o conhecimento da população em relação à saúde e desenvolver a compreensão e as habilidades pessoais que promovam a saúde. Contudo, no âmbito da promoção da saúde estas atividades educativas, podem ser úteis para chamar a atenção sobre as causas econômicas e ambientais da saúde e da enfermidade e, para tanto, devem incluir em seu conteúdo, informações que, por exemplo, demonstrem a viabilidade política e as possibilidades organizacionais de diversas formas de atuação dirigidas a obter mudanças ambientais, econômicas ou sociais que favoreçam a saúde (OPS, 1996).

Desta maneira, a educação para a saúde e a promoção da saúde, se tornam intimamente relacionadas, ou seja: a promoção da saúde depende da participação ativa da população bem informada no processo de mudança, enquanto que a educação para a saúde é uma ferramenta de vital importância neste processo (OPS, 1996).

A atenção odontológica ao bebê no intuito de manter sua saúde, mesmo antes de prevenir a doença através da educação, deve ser vista nos programas de Saúde Pública como uma possibilidade prática, simples, abrangente, de baixo custo e, principalmente eficaz; visto que, a maioria dos pais desconhece o risco de crianças pequenas desenvolverem doenças, tal como a cárie dentária. Portanto, eles devem ser informados, instruídos sobre os cuidados necessários para evitá-la, uma vez que, quanto mais precocemente se estabeleçam barreiras preventivas, mais efetivo será o resultado final.

Hyssala *et al.* (1990) na Finlândia relatam, em seu estudo, que se o grau de instrução das mães é bom, igualmente boa é a previsão para o futuro dos dentes de seus filhos.

Nowak *et al.* (1990), afirmam que o dentista de hoje tem responsabilidade de informar aos pacientes/pais que eles devem ser responsáveis por sua saúde bucal e que, com a supervisão de um profissional capacitado, permanecerão livres de doenças bucais durante toda a sua vida.

Pesquisas mostram que a chave para a eliminação da cárie é o cuidado preventivo, que deve-se iniciar com a erupção do 1º dente (Miller *et al.* 1995, Serino *et al.* 1997). Afirmam ainda, que nunca é cedo demais para aconselhar novos pais sobre medidas preventivas, que combinem tanto cuidados em casa, como no consultório dental.

Para Serino *et al.* (1997), a higiene oral deverá ser realizada limpando a gengiva e dentes recém erupcionados com gaze limpa envolta no dedo, pelo menos uma vez ao dia. A iniciação precoce irá acostumar a criança ao processo de higienização. Com relação ao uso da mamadeira ou a amamentação no seio, eles sugerem não colocar as crianças para dormir com a mamadeira ou evitar a amamentação no seio após a erupção do primeiro dente, usar a xícara após um ano e, portanto, desacostumar as crianças ao uso da mamadeira aproximadamente com um ano de idade.

A informação para as mães sobre a importância dos aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos e outros relativos aos cuidados básicos de saúde bucal, evidentemente tende a reduzir a cárie dentária. Morinushi (1980), relata que o aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado à desinformação materna. Entretanto, não podemos acreditar que, uma vez fornecidos conhecimentos aos pais, estes serão prontamente utilizados na prevenção.

A aprendizagem é uma das formas de aquisição de conhecimentos, que pode ou não gerar uma construção de conhecimento. Esta só é possível distintamente da aprendizagem, se houver interação entre o sujeito que conhece e o objeto que é conhecido, ou seja: não somos capazes de conhecer porque percebemos o que está fora de nós, mas porque agimos sobre o que nos rodeia (Franco, s/d). A ação é, portanto, o ponto de partida e a possibilidade de todo o conhecimento (Piaget, 1978). Segundo o autor, o conhecimento, é fruto de uma ação concomitante do sujeito que conhece e do objeto que é conhecido, portanto uma relação em processo contínuo de transformações.

Franco (s/d), diz que o processo de construção do conhecimento, sendo resultante de um processo interativo, provoca modificações, que podem ser interpretadas como um processo de desenvolvimento. Este processo contínuo de construção, sofre avanços de acordo com a capacidade de adaptação do sujeito. Piaget (1978), explica esta adaptação como um processo composto de dois subprocessos: a assimilação e a acomodação.

A assimilação é sempre uma interpretação, ou seja, deformamos o objeto de modo a torná-lo assimilável, adequado às estruturas de conhecimento que já possuímos, enquanto a acomodação é um processo que visa adaptar as estruturas do sujeito àquilo que foi assimilado (e não ao objeto de conhecimento). É, pois, um processo que gera modificações no sujeito (no sentido de ato de acomodar-se), mas que não garante, em si, um conhecimento mais perfeito.

Ainda Franco (s/d), explica que *desse modo a assimilação chama a acomodação e vice-versa, gerando desequilíbrios. Daí a necessidade de fazer rearranjos, os quais são feitos sobre as próprias construções que o sujeito já fez.*

Piaget (1995), demonstra que *o conhecimento não é de fato uma cópia do real, mas é construído a partir de reordenamentos, muitas vezes provocados pelo real, mas sempre sobre as coordenações do próprio sujeito*, o que difere, segundo Franco (s/d) da aprendizagem, embora não deixe de ser isso em parte, *por ser um fenômeno complexo, fruto de interações e que exige um lapso de tempo para se concretizar.*

Demo (1994), diz que *o conhecimento é produzido, de modo geral, no sistema educacional, o que permite, desde logo, uma aproximação entre educação e conhecimento, ainda que este seja apenas meio. Se reconhecemos que o conhecimento é o instrumento primordial de mudança, seria contraditório encerrá-lo na teoria, até porque implicaria mau entendimento do que é teoria.*

Frazier *et al.* (1990), afirmam que educação é necessária, mas não suficiente, para prevenir doenças bucais.

Ismail (1998), fez uma revisão dos métodos utilizados para a prevenção da cárie que atinge crianças durante os três primeiros anos de vida. No que se refere à educação, mesmo concordante de que esta objetiva aumentar o conhecimento das mães à respeito da formação precoce da cárie dental, melhorar os hábitos nutricionais e de dieta da mãe e do filho e fornecer instruções sobre as práticas de higiene; os resultados encontrados não foram animadores. Nos trabalhos em que pesquisou, as tão almejadas mudanças comportamentais foram muito modestas. Contudo, afirma que o principal determinante do sucesso é a motivação da mãe ou responsáveis para autocuidados e para levar a criança à clínica em busca de cuidados preventivos.

De acordo com a OMS (1983), (*apud* Kickbusch, 1996), o conceito de autocuidado, *“Se refere às atividades de saúde não organizadas e às decisões sobre a saúde tomadas por indivíduos, famílias, vizinhos, amigos, colegas, companheiros de trabalho, etc; compreende a automedicação, o autotratamento, o respaldo social na enfermidade, os primeiros auxílios no entorno natural”, o que que dizer, no contexto da vida cotidiana das pessoas. O autocuidado é definitivamente o recurso sanitário fundamental do sistema da atenção à saúde.*”

Este enfoque teve a influência da dicotomia autoajuda e autocuidado; sistema leigo e sistema médico, de conceito dos estilos de vida e saúde. O ponto de partida da análise do autocuidado era o sistema social (o marco da vida cotidiana do indivíduo), onde as atitudes e condutas relacionadas com a saúde se entendem como parte integral do estilo de vida global.

O enfoque sobre estilo de vida (OMS, 1983) nos permite considerar o autocuidado como atitudes que as pessoas têm em um determinado contexto; fazendo parte dos padrões de comportamento das pessoas, dependendo das circunstâncias culturais, estruturais e da cultura global sobre saúde e doença, havendo também, o papel da medicina em um dado grupo ou sociedade.

O autocuidado no contexto da promoção da saúde (Ottawa, 1986) trabalha com a noção de padrões, contextos e significados; as pessoas necessitam viver sua vida cotidiana, suas ações têm regras e significados no seu contexto de vida do dia-a-dia, suas ações têm relação com seus sonhos e com a realidade, algumas são parte de sua rotina, outras não, entre outros (Kickbusch, 1996).

Os autores anteriormente analisados (OMS, 1983; Kickbusch, 1996) colocam então algumas questões, importantes no sentido da necessidade do equilíbrio entre a dimensão coletiva e o empenho pessoal, na direção do apoderamento pessoal e comunitário:

- a) como fazer para que a saúde seja acessível de uma forma que se suponha não só saúde como um resultado, se não como aumento do controle sobre a própria vida?
- b) o que marca a diferença, a quantidade de poder que tenho sobre a ação?

- c) importa se tomo certa medida por motivo de saúde, ou por temor de uma multa ou porque cumpro bem as regras?
- d) o autocuidado se refere somente àquelas ações que são objeto da epidemiologia do comportamento?
- e) existem conseqüências mais ou menos mensuráveis como cigarros fumados, copos de bebida ingeridos, consultas médicas, pressão arterial medida, horas de sono, motivação para o cuidado dos dentes dos filhos, por exemplo?

Em resumo, estilo de vida pode não apenas refletir educação para a saúde, é mais que isto, precisa se apoiar um pouco no estudo das ações humanas. Entender melhor as formas de enfrentamento humano das circunstâncias da vida. São as estratégias individuais e coletivas de sobrevivência, conforme destaca Valla (2000).

É importante estudarmos e procurarmos conhecer melhor a vontade, a oportunidade e a possibilidade que as pessoas dispõem para cuidar de si mesmas e dos demais.

No conceito de saúde, embutido na carta de Ottawa (1986: 17), podemos analisar alguns pontos indispensáveis para ações educativas, no que se refere à promoção da saúde:

“A saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana: nas escolas, no trabalho e no lazer. A saúde é resultado dos cuidados que dispensamos a nós mesmos e aos demais; da capacidade de tomarmos decisões e controlarmos a própria vida e de assegurarmos que a sociedade em que vivemos ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozarem de bom estado de saúde.”

No mundo atual, no debate político, na pressão socioeconômica em que vivem as populações, as ações de autocuidado têm tornado os profissionais e o sistema de serviços mais conscientes das necessidades e direitos da clientela. Mesmo sabendo que os cortes de verbas destinadas à saúde, à defesa do autocuidado, pelos governantes, pode significar restrição de acesso.

Mais do que epidemiologia do comportamento, a saúde pública pode proporcionar um marco que favoreça e reforce a ação e o estudo do autocuidado e que faça dele um projeto social. Portanto, as ações e investigações em autocuidado poderiam relacionar-se ativamente com a promoção da saúde, dentro de políticas públicas saudáveis, ambientes de apoio, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento da capacidade pessoal e na reorientação dos serviços de saúde. O autocuidado passaria, então, a ser considerado uma adição importante na competência e habilidade do ser humano e não como a delegação do trabalho de saúde, que nada mais quer fazer ou para o qual a sociedade já não pode permitir profissionais que o façam (Kickbusch, 1996).

Cabem aqui, então, as seguintes indagações:

- a) que políticas de saúde pública permitem o autocuidado?
- b) que entornos de apoio reforçam a independência?
- c) que fatores fazem com que o autocuidado deixe de ser uma tarefa individual, para converter-se em um padrão cultural?
- d) que habilidades de autocuidado necessitam ser desenvolvidas?
- e) que fatores da organização dos serviços de saúde dificultam a prática do autocuidado?

Assim, a maior contribuição da educação para a saúde em programas de promoção da saúde consiste em sua propensão de facilitar as capacidades dos indivíduos para adquirir o máximo controle sobre suas vidas – o que supõe, necessariamente, intervir nas relações sociais sobre as quais as pessoas constroem suas vidas (Brown, 1987).

A ausência da cooperação familiar dificulta a motivação e o ensino da prevenção. O grau de motivação é especialmente influenciado por experiência passada, necessidades presentes e expectativas futuras. A motivação pode ser definida como um processo interno que leva a um comportamento que satisfaz uma necessidade. O reforço do comportamento necessário é a técnica mais efetiva para conduzir essas mudanças (Wanderley, *et al.* 1999).

Rezende (1986) afirma que a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. A educação para a saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança. O conceito de saúde adotado é que definirá as ações de educação.

Segundo Medeiros (1993), as medidas educativas devem ser centralizadas na mudança de hábitos alimentares e na higienização bucal do bebê, por seus pais.

A necessidade do atendimento precoce ao paciente infantil, através das clínicas de bebês, é uma realidade nacional. Com esta abordagem tem-se a intenção de instalar hábitos saudáveis ao invés de modificar hábitos inadequados, na maioria das vezes adotados devido a fatores sócio-culturais, segundo Massao *et al.* (1996).

Cunha *et al.* (2000) afirmam que prevenção sem educação/informação, certamente não será efetiva, pois enquanto não se dividir responsabilidades, haverá o risco de uma série de intervenções. Programas de educação para a saúde bucal não devem limitar-se à demonstração de procedimentos corretos, mas devem concentrar-se em criar hábitos próprios. Para tanto, os programas educacionais devem ser um processo contínuo determinando um padrão de comportamento vitalício para cada indivíduo. Os programas educacionais devem reforçar o conceito de dividir responsabilidades para a saúde bucal, de modo que o indivíduo não pense

em cuidados com sua saúde bucal como tratamento isolado, realizado somente quando necessita de procedimentos mais severos. A infância é o melhor momento para a criação de hábitos saudáveis, através de programas que reforcem a opinião de que a cooperação é necessária para assegurar a saúde dentária. Há um consenso entre pesquisadores de que os melhores benefícios de um programa para a manutenção da saúde bucal são obtidos, quando a primeira visita ocorre entre 6 e 12 meses de idade.

Zuanon *et al.* (1999) acreditam que o sucesso de um programa de motivação depende de técnicas adequadas, participação direta do profissional e constância no processo educacional.

Walter *et al.* (1998) analisaram, em crianças livres de cárie, qual a relação dos fatores de risco e o seu controle na eficácia da utilização do método educativo-preventivo adotado pela Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina, na manutenção da saúde e por consequência, a prevenção da cárie dentária. Concluíram que a idade de 12 meses é a ideal para o início da atenção odontológica. Este é o fator mais importante que possibilita que a manutenção da saúde bucal (prevenção da cárie) atinja 100%. A educação prévia dos pais determinando a não existência dos fatores de risco é, juntamente com a idade inicial de atendimento precoce, um dos fatores mais importantes na prevenção da cárie dentária. A reversão do risco é eficaz na manutenção da saúde bucal, principalmente quando esta se dá nos primeiros 6 meses de acompanhamento. O tratamento é igualmente eficiente na manutenção da saúde bucal tanto nos pacientes do sexo masculino, quanto nos do sexo feminino. A eficácia da prevenção parece diminuir em relação ao tempo de acompanhamento.

Objetivando avaliar o grau de conhecimento em relação aos cuidados com a saúde bucal de bebês de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba - PR, Silva *et al.* (1999), entrevistaram 100 gestantes na faixa etária de 13 a 40 anos, abordando questões relacionadas à busca de atenção odontológica, valor atribuído à própria saúde bucal e práticas com relação à saúde bucal do futuro bebê. Os resultados mostraram que, em relação aos serviços odontológicos, 55% das gestantes entrevistadas procuram serviços públicos, enquanto que 43% tem acesso a serviços privados; 49% destas consideram como sendo boas suas condições de saúde bucal e 79% receberam algum tipo de orientação em relação a cuidados com saúde bucal e, dentre estas, 66% as receberam de profissionais da área odontológica (dentistas e membros de equipes de saúde bucal de unidades públicas de saúde).

No que diz respeito à importância do atendimento precoce, 55% das futuras mães pretendem levar seus filhos ao dentista durante o primeiro ano de vida, sendo que 48% das gestantes entendem que esta consulta durante o primeiro ano de vida do bebê, deve estar relacionada a aspectos educativos e preventivos da saúde; 69% das entrevistadas entendem que o surgimento de lesões de cárie pode ser causado pelo consumo excessivo de alimentos

doces e por hábitos de higienização bucal deficientes. Também entendem que a lesão de cárie pode ser evitada em seus filhos, através de procedimentos de higienização bucal adequada e visitas periódicas a profissionais da área.

Na avaliação realizada por Barbosa *et al.* (1997), sobre o conhecimento de aspectos de prevenção, educação, dentição decídua e oclusão, através de questionários entregues para 501 mães gestantes e até 6 anos pós-parto com padrão sócio-econômico médio alto, as mães (93,4%) referem o dentista como sua maior fonte de informação sobre aspectos de saúde bucal. No entanto, (61,7%), não sabem ou pensam que os bebês de seis meses a um ano de idade, não devem frequentar o consultório odontológico para aspectos preventivos. Apenas (16,2%) consideram esta idade como a ideal para o início da prevenção.

Paunio *et al.* (1993) realizaram uma pesquisa em crianças filandesas com 3 anos de idade, nascidas de mães que participaram de um estudo, no início de sua gravidez, com o objetivo de verificar se os hábitos de escovação dental dessas crianças estavam associados com outros hábitos de saúde bucal e se, realmente, havia influência do conhecimento das mães sobre a frequência de escovação dos dentes das crianças. Os resultados mostraram que a escovação era irregular em 21,8% das crianças, 2 crianças não haviam escovado seus dentes até essa idade, 9% das crianças escovavam seus dentes sozinhas e em 38,6% dos casos, os pais é que realizavam a escovação. Em 27% das crianças o uso do açúcar era uma vez na semana e em 60% duas ou mais vezes semanais ou todos os dias. Quanto maior o consumo de açúcar, pior foram os hábitos de escovação encontrados. Com relação à influência do conhecimento das mães, a idade foi o fator mais significativo, pois as mães mais jovens prestavam menor atenção para os hábitos de escovação de seus filhos. A proporção das crianças que escovavam seus dentes foi 80,1% no centro da cidade, 78,6% na população peri-urbana e 67,9% na região rural.

Febres *et al.* (1997) revelaram que fatores culturais e étnicos são os que mais influem no desenvolvimento da cárie de mamadeira e que, mesmo sabendo dos efeitos nocivos de permitir que o bebê adormeça com a mamadeira ou que esta seja oferecida durante a madrugada, os pais continuam a fazê-lo. Metade dos pais de crianças com cárie de mamadeira não tinham informações sobre o risco de cárie relacionada à mamadeira noturna ou não sabiam quando intervir para remover o hábito.

3.3 ELEMENTOS DO CAMPO DA SAÚDE (LALONDE, 1996)

3.3.1 INTRODUÇÃO

O conceito de campo da saúde, veio mudar drasticamente a importância que era dada à assistência médica, como forma de abordagem absoluta aos problemas de saúde. Ele se constitui, hoje, num potente instrumento para análise dos problemas de saúde, suas necessidades e a seleção dos meios para satisfazê-las.

Este conceito surgiu em 1974, no Canadá, quando Mark Lalonde, então Ministro da Saúde e Bem-estar daquele país, divulgou o documento “A New Perspective on the Health of Canadians”, também conhecido como “Informe Lalonde”, elaborado a partir de um moderno movimento de promoção da saúde, muito mais abrangente e que se decompõe em quatro amplos componentes: biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização da atenção à saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde.

Embora profissionais da saúde apresentem a tendência de tratar cada doença como se ela fosse completamente independente de outras, a maioria tem determinantes comuns. Sendo assim, os fatores de risco das doenças bucais também podem ser comuns a outras enfermidades, requerendo, portanto, medidas de promoção direcionadas à população como um todo.

A doença cárie como nos mostra a literatura é fortemente influenciada por fatores ambientais (Freire *et al.* 1996, Lalloo *et al.* 1999), de estilo de vida (Walter *et al.* 1987, Bezerra 1990, Medeiros *et al.* 1998), pela presença de programas de assistência à saúde bucal (Walter *et al.* 1991, Garbelini *et al.* 1991, Borges *et al.* 1999) e ainda pelo componente biologia humana (Fejerskov *et al.* 1990, Maltz 1996).

Os índices de cárie dentária têm sido reduzidos drasticamente no decorrer dos últimos vinte anos em vários países industrializados. Peres *et al.* (1995), acreditam que os principais fatores responsáveis por esta queda sejam decorrentes da melhoria da qualidade de vida das populações, com impacto na saúde bucal, como o acesso amplo à educação e programas educativos de serviços de saúde e à possibilidade de aquisição de produtos de higiene bucal como dentifrícios fluoretados e escovas; e ainda, da ampla cobertura populacional realizada pelos serviços públicos de saúde, enfatizando a prevenção e utilizando associação de métodos, pessoal auxiliar, identificando e destinando atenção especial aos grupos de maior risco, como, também, a crescente produção e comercialização de dentifrícios fluoretados e ao controle e fluoretação das águas de abastecimento público.

Nadanovsky (2000), relatou que no início da década de 70, o índice CPO-D médio em crianças de 12 anos variava entre 5 e 9 e que cerca de vinte anos depois, o índice foi reduzido para 1 em vários países industrializados e que existe um consenso entre autores, de que a pasta dental com flúor é o método que reúne maiores evidências científicas relacionadas ao declínio da cárie.

Downer (1996) confirmou um declínio no CPO-D (média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos) em UK (United Kingdom), quando analisa os dados de três estudos realizados em 1968, 1978 e 1988 em dois grupos de adultos entre 16-24 anos e 25-34 anos, cuja redução foi de 32.90% e 14.67% respectivamente, entre 1968 a 1988. Ele conclui que esta queda está mais relacionada ao uso de dentifício contendo flúor que à redução no consumo de açúcar.

Na Austrália, Davies et al. (1997) obtiveram dados da saúde bucal de estudantes pacientes do Serviço Dental Escolar e observaram que entre 1977 e 1993, houve um declínio no ceo-d (média de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados em um grupo de crianças), em crianças com 6 anos de idade, de 3.13 para 1.90, e um aumento na porcentagem de crianças na mesma faixa etária, com ceo-d igual a zero de 33.1 para 53.2. Aos 12 anos houve uma redução do CPO-D de 4.79 para 1.10 e um aumento na porcentagem de crianças com CPO-D igual a zero de 10.5 para 53.1. Projeções indicam que a meta a ser atingida no ano 2000 aos 12 anos, ou seja CPO-D =1.0, já deveria ser alcançada no final de 1995.

Petersson et al. (1996) concluíram, em sua revisão sobre várias conferências a respeito do declínio da cárie em países industrializados, que embora outros fatores devam ser considerados, há um consenso entre autores que acreditam ser o uso do flúor em suas várias formas, o maior responsável pelo declínio da cárie nas últimas décadas.

Nadanovsky (2000) concluiu que os serviços odontológicos contribuíram relativamente pouco para o declínio da cárie e que, possivelmente, esta contribuição ocorreu na mudança dos critérios de diagnóstico e tratamento da doença. Afirma, ainda, que a odontologia clínica tem menor efeito sobre a saúde bucal, do que fatores macro-sociais mais amplos e serviços de saúde não pessoais (aqueles que são colocados à disposição do público em larga escala, por meio de outros agentes como por exemplo fluoretação das águas, dentifícios fluoretados, lanches e bebidas não cariogênicos, educação em saúde bucal nas escolas pelos professores), portanto o papel da Odontologia na melhoria da saúde bucal depende principalmente da atuação de serviços indiretos.

Bratthall et al. (1996) avaliaram as respostas de questionários enviados para 55 especialistas, sobre as principais razões porque pessoas de 20-25anos têm menos cárie hoje,

comparando dados de 30 anos atrás, e a maioria concordou com o efeito positivo do dentifrício fluoretado.

Burton et al. (1984) verificaram uma redução de 84% no índice CPO-D de escolares de Sydney aos 12 anos, entre 1963 e 1982 e um aumento na porcentagem de crianças livre de cárie de 1% em 1963 para 47% em 1982.

Na cidade de Córdoba, Argentina, Yankilevich *et al.* (1993) descreveram os resultados de um estudo em crianças de 5 anos e revelaram uma queda na prevalência de cárie de 55,0% entre 1973 a 1992 e a proporção de crianças com dentes sadios foi maior em 26,7% em 1992, comparado a 1973.

Apesar deste declínio, a cárie dentária ainda é uma das doenças mais prevalentes da atualidade, chegando a atingir 90% da população brasileira. Ela é conhecida como uma “doença infecto-contagiosa” (Orland *et al.* 1955); (Keyes, 1960) e multifatorial, onde os aspectos biológicos e sociais atuam de forma dinâmica e particular em cada indivíduo e obedecem padrões específicos em determinadas faixas etárias, como no caso dos bebês. É, portanto, um problema de saúde pública, na medida em que sua evolução pode levar à perda dos dentes, com todas as seqüelas orgânicas, psicológicas e sociais que a questão acarreta para a pessoa, além dos inevitáveis reflexos nas demandas por atendimento odontológico de alto custo e sem poder de cobertura suficiente para as necessidades acumuladas (Scarpelli *et al.* 1996).

Tradicionalmente, os programas de saúde bucal no Brasil têm um enfoque curativo e preventivo, voltado para as crianças em idade escolar, ou seja, a partir dos sete anos de idade, justificando a quase inexistência de estudos epidemiológicos enfocando os dentes decíduos de pré-escolares e crianças em geral entre 0 e 6 anos (Pinto, 1997).

A alta prevalência de cárie em bebês, verificada em diferentes estudos, tem demonstrado a necessidade de atenção precoce. Entre essas publicações, destacam-se os trabalhos de Hennon et al. (1969) com crianças americanas, onde obtiveram índices de cárie de 8,3% dos 18 aos 23 meses e de 57,2% dos 36 aos 39 meses. Walter *et al.* (1985) constataram ausência de cárie na faixa etária de 0 – 12 meses, 25,58% de cáries entre 12 a 24 meses e 47,92% entre 24 a 30 meses. No estudo de Morita *et al.* (1993), a prevalência de cárie foi superior a 50% aos 36 meses de idade. Wambier *et al.* (1995), examinaram 638 crianças de 6 a 36 meses na cidade de Ponta Grossa e verificaram que 40,2% destas, apresentaram cáries, sendo o grupo de maior prevalência o da faixa etária de 31 a 36 meses.

Barros et al. (2001) examinaram 340 crianças de 0-30 meses de idade, de 20 creches de Salvador, encontrando uma prevalência de cárie de 55,3%, quando todos os estágios da lesão

foram considerados, ou seja: mancha branca ativa ou inativa, cavidade em esmalte, cavidade em dentina , envolvimento pulpar e fratura de coroa.

Habibian et al. (2001) comentam que a saúde bucal de bebês e de pré-escolares não tem sido tão bem documentada como em outras crianças, mas que a cárie continua sendo a principal doença bucal, em pré-escolares. Em United Kingdom, 4% das crianças de 1.5-2.5 anos de idade apresentam cárie dentaria, 14% de 2.5-3.5, 30% de 3.5-4.5; sendo 40% a prevalência de cárie aos 5 anos de idade.

Em Saudi, Arábia, Wyne et al. (2001) examinando 1016 crianças com idade média de 54,2 meses, encontraram uma prevalência de 27,3% de cárie de amamentação, fator este, de grande relevância, na etiologia da cárie em pré-escolares.

3.3.2 BIOLOGIA HUMANA

O componente biologia humana inclui todos os fatos relacionados com a saúde, tanto física como mental, que se manifestam no organismo como consequência da biologia fundamental do ser humano e da constituição orgânica do indivíduo. Inclui a herança genética da pessoa, os processos de maturação e envelhecimento, e os diferentes órgãos internos do organismo (Buss, 2000).

Considerando a cárie uma doença multifatorial, Keyes (1962) representou em diagrama os fatores necessários para o desenvolvimento da doença: hospedeiro suscetível, microflora cariogênica e dieta apropriada para essa microflora. Maltz (1996) relatou que esses fatores têm que estar presentes por um determinado tempo e apresentar certa relação entre si para que a cárie se desenvolva.

O esquema proposto por Fejerskov et al. (1990) demonstrou as relações entre a placa dentária e os múltiplos determinantes biológicos que influenciam o desenvolvimento da lesão de cárie. Os dentes são colonizados por bactérias (placa bacteriana), cujo metabolismo ocasiona flutuações no pH. Esse metabolismo é fortemente influenciado por uma multiplicidade de fatores determinantes: composição da placa dentária, composição e capacidade tampão da saliva, velocidade de secreção salivar, composição e frequência da dieta e presença de flúor. Tais fatores interferem no desenvolvimento da doença, contudo, a presença de bactérias cariogênicas é indispensável para o estabelecimento da lesão de cárie. Nesse modelo, os fatores sócio-econômicos e culturais (educação, classe social, renda, atitude, conhecimento) foram considerados fatores mascaradores e não determinantes, porque podem não ser recorrentes em todas as sociedades, enquanto que os fatores biológicos geralmente são os mesmos nas diferentes populações.

Bixler *et al.* (2000), afirmam que *três elementos essenciais de influência recíproca compreendem o modelo para a cárie mais comumente usado para discutir sua etiologia. Esses fatores são os microorganismos, o substrato (carboidratos fermentáveis) e os fatores do hospedeiro, como a anatomia dentária. É nesta última área dos fatores do hospedeiro que a genética exerce uma influência maior no início da cárie dentária.* Afirma, ainda, que *este componente genético da cárie dentária é menor quando comparado com o efeito global do ambiente e que, certamente, o resultado mais importante de uma interação entre fatores genéticos e ambientais é a produção da placa bacteriana.*

3.3.3 ESTILO DE VIDA

O componente estilo de vida representa o conjunto de decisões que toma o indivíduo com relação a sua saúde e sobre os quais exerce apenas certo grau de controle (Buss, 2000).

Acredita-se, hoje, que o processo saúde/doença não pode mais ser concebido somente como um fenômeno biológico e individual, adquirindo também um caráter social, que se manifesta empiricamente mais claro ao nível da coletividade.

Sendo assim, a relação entre o processo saúde/doença coletiva e o indivíduo fica então estabelecida, porque este processo determina as características básicas sobre as quais assenta-se a variação biológico-individual. Visto a partir do paciente, significa que sua história social assume importância porque condiciona sua biologia e determina certa probabilidade de adoecer de um modo particular (Costa et al.; s/d).

A educação em grupos tem um poder multiplicador do que se deseja ensinar muito maior que o processo pessoa-pessoa, mas depende da habilidade do educador em motivar o grupo e da existência de um interesse comum à maioria. As mudanças de hábitos têm maior probabilidade de ocorrer como consequência do contato individual que é mais profundo e não deve deixar de existir: o trabalho grupal não o substitui, mas sim o reforça (Pinto, 2000).

Como pudemos perceber, o desenvolvimento de determinadas doenças, como a cárie dentária em bebês, poderia ser controlada, se medidas de promoção da saúde fossem adotadas, levando-se em consideração o caráter biológico e social da doença.

A presença de cárie nos primeiros anos de vida tem sido associada a hábitos alimentares inadequados e ausência de higiene bucal (Bezerra 1990, Gomes *et al* 1996). Em 1977, McDonald descreveu a cárie de mamadeira, como doença típica encontrada em crianças com 2, 3 ou 4 anos de idade, associada com o hábito de dormir tomando mamadeira com leite ou líquido açucarado.

Cudzinovski (1980) comentou que as crianças amamentadas no seio materno também podem desenvolver cáries. Em 1987, Walter *et al.*, demonstraram que os hábitos alimentares inadequados sob o ponto de vista odontológico ocorrem em cerca de 34,04% dos bebês examinados e que as primeiras cáries parecem estar diretamente relacionadas com o tipo de alimento que a criança recebe, a ausência de hábitos de limpeza e presença de *estreptococos mutans*. Giamarchi *et al.* (1990), relataram que em 50% dos casos estudados, os pais não escovam os dentes dos filhos e que a prática de higiene é tardia, à partir do 19º mês. Concluíram, também, que a ausência de tratamento da cárie de mamadeira pode levar a um estado infeccioso tal, capaz até de lesar o germe do dente permanente, além da instalação de deglutição atípica, problemas de fonação, problemas psicológicos e de mastigação e, ainda, retardo na erupção dos dentes permanentes.

Cerqueira et al. (1999) realizaram um estudo epidemiológico em Natal- RN, no dia de multivacinação com o objetivo de conhecer a prevalência de cárie e a dieta consumida, em crianças de 0 a 36 meses, de ambos os sexos. Os resultados apontaram para a necessidade de ações educativas, preventivas e curativas, tendo em vista uma prevalência de cárie muito alta (de acordo com o índice de Knutson) e uma dieta de alta cariogenicidade, havendo predominância do aleitamento através da mamadeira (como forma de ingestão) e na hora do bebê dormir (horário noturno), além do uso de açúcar.

Um estudo dos fatores associados com o desenvolvimento de cárie dentária em pré-escolares (3 a 5 anos) que receberam acompanhamento e intervenção odontológica constante, realizado por Fraiz (1998), com 200 crianças na idade entre 24 a 48 meses, participantes do programa da Bebê-Clínica (Universidade Estadual de Londrina) há pelo menos 12 meses, mostrou que os fatores relacionados à presença de cárie foram: educação formal paterna ou de ambos os pais igual ou menor que 8 anos, alto consumo de açúcar, presença de placa bacteriana visível nos incisivos superiores e o uso de mamadeira associada ao sono.

As crianças desse estudo (Fraiz, 1998) foram divididas em dois grupos: um com experiência de cárie representado por 65 crianças e outro sem experiência de cárie, com 135 crianças, ambos avaliados em relação às variáveis estudadas (dieta, higiene bucal, contato com o flúor, dados sócio-culturais e ambientais). Houve uma tendência de associação entre o baixo nível educacional da mãe e a presença de cárie na criança: 38,5% das crianças com cárie apresentavam mães com grau de instrução igual ou menor a 8 anos; enquanto que no grupo das crianças sem cárie, apenas 25,9% das mães pertenciam a esta categoria educacional. No grupo com cárie, a maioria das crianças (53,9%) foram classificadas nas categorias de alto consumo de açúcar, enquanto que do grupo sem cárie faziam parte apenas 23% das crianças. Esta relação também ficou evidente com a presença de placa visível nos

incisivos superiores, onde as crianças com placa visível apresentavam um padrão de alto consumo de açúcar (49,0%) mais freqüente do que as crianças sem placa visível (27,8%). As crianças com cárie também utilizavam a mamadeira para dormir ou dormindo com maior freqüência do que crianças sem cárie (50,8% e 21,4% respectivamente).

A cárie de mamadeira pode ser considerada uma doença cultural, segundo Wanderley et al. (1999), pois quase sempre a mamadeira noturna não é oferecida com a finalidade nutricional. Em geral, é utilizada para fazer a criança dormir ou mantê-la dormindo. Afirma, ainda, que o estabelecimento de hábitos de limpeza, por volta dos doze meses de idade, aumenta sensivelmente a chance da criança apresentar-se livre de cárie aos 3 anos de idade.

James *et al.* (1957) pesquisaram a cárie vestibular em incisivos decíduos superiores em crianças inglesas com menos de 4 anos de idade. Além do exame dental nas crianças, as mães foram entrevistadas. Os dados obtidos foram comparados entre um grupo com lesões nos incisivos superiores e um grupo-controle, sem lesões. Considerando o grupo com cárie nos incisivos superiores, 74% das crianças utilizavam mamadeira com conteúdos adoçados ou chupetas imersas em substâncias açucaradas, enquanto que no grupo controle apenas 8% das crianças faziam uso destes recursos. Dentre os fatores estudados, foi estabelecida correlação entre a presença de cárie e o consumo de mamadeiras contendo açúcar, uso de chupetas molhadas em substâncias açucaradas e utilização de xaropes com grande freqüência diária.

Kroll et al. (1967) estudaram a relação entre cárie rampante e o uso de mamadeira noturna, encontrando uma associação significativa entre o uso de mamadeira noturna e a presença de um padrão típico de cárie envolvendo todos os dentes, com exceção dos incisivos inferiores. A amamentação noturna prolongada aparece como o fator etiológico principal na cárie rampante de bebês. Esta condição pode ser encontrada precocemente, na idade de 16 meses.

Em uma amostra com 79 crianças, 51 delas não usavam mamadeira para dormir, 17 crianças eram colocadas para dormir com a mamadeira, mas logo descartavam-na e 11 permaneciam com a mamadeira durante toda a noite, sendo que nestes três grupos as lesões típicas (sem o envolvimento dos incisivos inferiores) foram diagnosticadas, respectivamente, em uma criança (1,96%) três crianças (17,6%) e oito crianças (72,7%). Os autores concluíram que existe uma correlação altamente significativa entre o uso prolongado de mamadeira e a presença de cárie rampante. A amamentação noturna prolongada aparece como o fator etiológico principal na cárie rampante.

Goose et al. (1968) estudaram a prevalência e os fatores etiológicos da cárie em incisivos decíduos superiores em uma amostra composta por 6.837 crianças, com idade média de 23,8 meses. Foram encontradas lesões de cárie nos incisivos decíduos superiores em 5,9%

das crianças. Analisando a dieta, os autores não encontraram relação entre o consumo de bolachas, bolos, doces e chocolates e o desenvolvimento deste tipo particular de lesões de cárie, no entanto, houve diferença significativa na prevalência de cárie nestes incisivos, nas crianças que usavam mamadeira quando comparadas com aquelas que não as utilizavam. Os autores mostraram a relação entre o uso de mamadeira e o desenvolvimento de lesões de cárie.

Dilley (1980) encontrou, em todos os casos estudados de cárie em idades precoces, a associação de uso prolongado de mamadeira ou amamentação no peito. Ele reuniu várias características de crianças com cárie de mamadeira e de suas famílias e concluiu:

- a) O uso prolongado de mamadeira não estava associado com os conhecimentos da família, exceto quando a condição sócio-econômica era baixa;
- b) Todos os casos estudados de cárie em idades precoces estavam associados ao uso prolongado da mamadeira ou amamentação no peito;
- c) O leite era o líquido mais usado;
- d) De um modo geral, os pais desconheciam a época do desmame e também quando a higiene oral deveria ser iniciada.

A cárie dentária, na primeira infância, pode ser classificada quanto aos aspectos clínicos em cárie simples, de mamadeira e negligenciada. A cárie simples afeta os incisivos em suas superfícies proximais e os molares em superfícies oclusais, ou seja, acontece em regiões suscetíveis à instalação da doença. A cárie de mamadeira é considerada a mais grave, pois atinge a criança ainda no primeiro ano de vida, afetando áreas pouco suscetíveis, como a superfície vestibular dos incisivos superiores, envolvendo um grande número de dentes. A cárie negligenciada é toda aquela lesão simples ou de mamadeira que não recebeu atenção e, conseqüentemente, ocasionou a perda da coroa clínica e o possível envolvimento pulpar (Scarpelli *et al.*,1996).

Walter *et al.* (1987) analisando a possibilidade de hábitos bucais gerarem cáries encontraram que mamar no peito à noite determinou 35,7% de cárie simples, 57,14% de cárie rampante e 7,14% não causaram cárie, enquanto que a mamadeira noturna com vários conteúdos propiciou o aparecimento de 44,83% de cárie simples, 6,9% de cárie negligenciada, 34,48% de cárie rampante e 13,79% das crianças não tiveram cáries. Concluíram que existe uma relação direta entre os hábitos e as cáries. Com relação aos tipos de cáries, pode-se dizer que o hábito da mamadeira foi o que mais contribuiu para o aparecimento da cárie simples 65%, enquanto que os outros não explicitados foram os maiores responsáveis pelas cáries negligenciadas 18,92%. Com isso, os autores concluíram que hábitos alimentares inadequados são os principais responsáveis pela ocorrência de cárie nos primeiros anos de vida.

Ainda, Walter et al. (1987) analisando 235 fichas clínicas de pacientes de 0 a 30 meses de idade, atendidos na Bebê-Clínica (Universidade Estadual de Londrina) observaram que existe uma relação direta entre o desenvolvimento de cárie e hábitos dietéticos inadequados em crianças de até 30 meses. Na faixa etária de 0 a 12 meses de idade, 23,53% das crianças apresentaram lesões de cárie, de 13 a 24 meses, 28,57% das crianças eram portadoras de cárie e a partir de 24 meses em 62,96% das crianças foram diagnosticadas lesões cariosas.

Nakama (1994) estudou 338 crianças que tiveram contato com o programa da Bebê-Clínica (Universidade Estadual de Londrina) e estavam na faixa de atendimento. Foram estabelecidos dois grupos: (G1) constituído de 234 crianças que permaneciam no programa e (G2) de 104 crianças que haviam abandonado o programa. Os pais foram entrevistados e realizado exame clínico nas crianças, para a determinação da experiência de cárie. As lesões de cárie sem cavitação foram consideradas e a percentagem de crianças com lesões foi de 31,5% do grupo (G1) e 31,2% do grupo (G2).

Fraiz (1993) estudou alguns hábitos alimentares de 180 crianças, com idade entre 0 a 36 meses na cidade de Curitiba/PR. Os resultados indicaram que o uso de açúcar foi bastante significativo, sendo que o primeiro contato com açúcar, ocorreu, para 61,7% das crianças, antes de completar o primeiro mês de idade sendo que 95,6% das crianças já haviam consumido açúcar próximo da época do aparecimento dos primeiros dentes (aos 8 meses) e a média de contatos diários com açúcar através da mamadeira foi alta em todas as faixas etárias (4,44 contatos/dia/criança). Além disso, para 82,4% das crianças que utilizavam mamadeira, todos os alimentos ingeridos através dela continham açúcar. O hábito das crianças realizarem aleitamento no momento em que adormeciam ou durante o sono foi bastante freqüente. Esses resultados alertam para a necessidade iminente de desenvolvimento de programas de saúde materno infantil, onde as ações educativas e preventivas incluam a atenção à saúde bucal.

Medeiros et al. (1998) realizaram uma investigação epidemiológica em 726 pacientes de 6 a 36 meses de idade, de ambos os sexos, de diversos grupos étnicos e classes sociais, residentes em diversas localidades do Estado do Rio de Janeiro. Os pacientes foram examinados e os responsáveis destes responderam a um questionário contendo quatro perguntas para a determinação de hábitos alimentares e de higienização. Constatou-se que 57% dos responsáveis responderam que experimentam a comida com o mesmo talher do bebê, 37,42% informaram que os bebês ainda ingerem muito açúcar e seus derivados, 52,87% dos pais alimentam seus bebês no período noturno, durante o sono, 34,75% destes, não sabiam realizar uma eficiente higiene bucal no bebê. Através do exame clínico, observou-se que, aos seis meses de idade, numa amostra de 16 crianças examinadas, não houve dentes cariados, enquanto que aos 12 meses, das 43 crianças, 3 possuíam dentes com lesão cavitada

de cárie. Já aos 36 meses, das 16 crianças examinadas, 9 já possuíam dentes cariados, com um total de 31 dentes com cárie, sendo a prevalência nesta época de vida de 56,25%, para a amostra examinada.

3.3.4 AMBIENTE

O ambiente inclui todos os fatores relacionados com a saúde que são externos ao corpo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle (Buss, 2000). Estes fatores ambientais, interagindo com os demais, contribuem, à sua maneira, para predispor, favorecer, desencadear e reforçar o desenvolvimento de doenças. Esta relação pode ser evidente sob a ação de fatores ambientais naturais; como clima, relevo, vegetação entre outros, mas, como também àqueles impostos pelo homem, ou seja: a emissão de poluentes, contaminação de alimentos, uso indiscriminado e abusivo de agrotóxicos, são apenas alguns exemplos.

Cabe, ainda, discorrer sobre os fatores populacionais, onde a influência de fatores demográficos como, por exemplo, idade e sexo, onde predominam determinadas doenças; ou fatores sociais onde a cultura, religião, condições sócio-econômicas, podem contribuir para o seu desenvolvimento (Rouquayrol, 1994).

A Conferência de Sundsvall (1991), afirma que *“um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Alcançar estas duas metas deve ser o objetivo central ao estabelecer-se a ordem de prioridades para o desenvolvimento e devem ter precedência na gestão diária das políticas governamentais.”*

Neste sentido, a relação entre meio ambiente e saúde não se restringe somente à dimensão física ou “natural”, mas também às dimensões social, econômica, política e cultural, ou seja, “os espaços em que as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de recreação” e também às “ estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e às oportunidades que resultem em maior poder de decisão”, portanto às estruturas econômicas e políticas.

Vista desta maneira, a *“promoção da saúde, favorece o desenvolvimento pessoal e social, proporcionando informação, educação sanitária, aperfeiçoando as atitudes indispensáveis para a vida. Assim aumentam as opções disponíveis para que a população exerça um maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente e para que opte por tudo o que propicie a saúde (Carta de Ottawa, 1986).*

Trabalhos realizados (Freire *et al.*, 1996; Battelino *et al.*, 1997) comprovam a íntima relação entre o nível sócio-econômico e cultural e a prevalência de cárie de uma população.

Freire *et al.* (1996) pesquisaram a influência do padrão sócio-econômico na prevalência de cárie dentária em pré-escolares da cidade de Goiânia (Goiás). A população estudada foi de 2267 crianças, na faixa etária entre 0 e 6 anos, freqüentadoras de creches públicas e particulares. Os resultados demonstraram a precocidade do início da manifestação da cárie, sendo que até 1 ano de idade, 96,4% das crianças permaneceram livres de cárie. Aos 2 anos, 87,3%, aos 3 anos 69,9%, aos 4 anos 49,5%, aos 5 anos 36,1% e aos 6 anos 29,4%. Portanto, a prevalência de cárie aumentou com a idade e existiu uma correlação altamente significativa com o padrão sócio-econômico, sendo que a prevalência de cárie nas crianças de escolas públicas foi maior do que nas de escolas particulares.

Battelino *et al.* (1997) estudaram a participação de diversas variáveis na incidência de cárie dentária em um estudo longitudinal (1 ano) com 820 crianças de 4 a 5 anos de idade, freqüentadoras de creches privadas e públicas da cidade de Córdoba, Argentina. Tanto a prevalência quanto a incidência de cárie, bem como os índices de higiene bucal, estiveram inversamente relacionados com o nível sócio-econômico das crianças. Embora o consumo diário de açúcar tenha sido maior nas crianças de nível sócio econômico III (proletariado e sub proletariado), ele se correlacionou fracamente com a experiência de cárie. A adoção de medidas preventivas, como a escovação supervisionada e a aplicação tópica de flúor, reduziu a incidência de cárie no grupo III em níveis semelhantes aos encontrados no nível sócio econômico I (empresários e gerentes). Os autores demonstraram uma forte desigualdade na severidade da doença cárie dentária em pré-escolares, em função das condições sócio-econômicas familiares e concluíram que medidas preventivas e educativas podem ser muito eficazes, principalmente nos grupos sócio-econômicos menos favorecidos.

No Brasil, se observarmos, dos 64 milhões de brasileiros economicamente ativos, 31 milhões não têm cobertura previdenciária. Vivem na economia informal, segundo dados do Mercado elaborado pelo IBGE - Folha de São Paulo, *apud* Jornal de Opinião (1995)

O Brasil ingressa na década de 90 com um contingente de 14,4 milhões de famílias (64,5 milhões de pessoas) em condições de pobreza, isto é, com rendimentos per capita igual ou inferior a meio salário mínimo, ou seja, com rendimentos insuficientes para atender às suas necessidades básicas, alimentares ou não alimentares. Dessas famílias, 6,9 milhões de pessoas encontravam-se em situação de indigência – com rendimentos per capita igual ou inferior a um quarto do salário mínimo – onde nem as necessidades alimentares são atendidas. Isto significa que, em 1990, de cada dez brasileiros, 4,4 eram pobres e destes, 2,3 indigentes, de acordo com os dados do IPEA, Brasil, 1992 (*Apud* Jornal de Opinião, 1995:2).

O levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 1986 mostrou que crianças pertencentes a famílias cuja renda era de até dois salários mínimos mensais tinham 43,8% dos

dentes com lesões de cárie, ao passo que aquelas pertencentes à famílias com renda mensal acima de cinco salários mínimos apresentavam 22,4% dos dentes cariados. A prevenção da cárie dentária também mostrou-se menos eficaz nas faixas de renda mais baixas: 12,5% das crianças entre 6 e 12 anos apresentavam-se livres de cárie no 1º grupo (menos de 2 salários mínimos), em comparação aos 18,2% livres de cárie no 2º grupo, ou seja, aproximadamente 50,0% maior (Brasil, 1988).

Winter *et al.* (1971) estudaram 602 crianças com idade entre 12 e 60 meses, em Camden, Londres. O c.e.o d. (número médio de dentes decíduos cariados, com extração indicada e obturados) foi 1,0 dente, sendo que 75% da amostra não apresentava lesões de cárie e 8% era portadora de cárie rampante. Os resultados indicaram que quanto menor o nível social, maior o número de lesões de cárie. No entanto, não foram encontradas diferenças significativas na prevalência de cárie quando analisada a relação conjugal ou o fato da mãe trabalhar ou não. Crianças com cárie foram desmamadas mais cedo do que aquelas sem cárie, sendo que os autores consideram que o desmame precoce induziu à utilização de mamadeira por períodos mais prolongados. Houve correlação entre a presença de cárie e a utilização de mamadeira e, tanto a frequência diária de contatos com a mamadeira, quanto a duração (em meses) do seu uso tiveram uma significativa associação com as lesões de cárie. Também o uso de chupetas adoçadas, xaropes e complexos vitamínicos estavam associados com a cárie. Outros fatores correlacionados com a presença da cárie foram a prematuridade do nascimento e as doenças infantis, tendo sido sugerido que essas condições impliquem em superproteção dos pais com conseqüente alteração dietética através da utilização de alimentos e xaropes adoçados.

Laloo *et al.* (1999) utilizaram dados da Organização Mundial de Saúde referentes à cárie dentária entre 1981 e 1996 de vários países do mundo, e dados sócio-econômicos obtidos do United Nations Development Programme (UNDP), confirmando a existência de relação entre cárie dentária e nível de desenvolvimento, constatando que países apontados como de transição sócio-econômica (subdesenvolvidos) apresentavam escores mais elevados do índice CPO-D (média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos).

3. 3. 5 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

A organização da atenção de saúde consiste na quantidade, qualidade, ordem, índole e relações entre as pessoas e os recursos na provisão da atenção de saúde (Buss, 2000).

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde/doença e de seus determinantes, a promoção da saúde, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (Buss, 2000).

No modelo da história natural da doença (Leavell e Clark, 1965), o qual comporta três níveis de prevenção, o conceito de promoção da saúde está situado no primeiro nível de prevenção, mas nas três fases de prevenção, existiriam, pelo menos, cinco níveis distintos, nos quais se poderiam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural da doença. No entanto, este enfoque de promoção da saúde estava centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites. Com a segunda revolução epidemiológica (Terris, 1992) – o movimento de prevenção das doenças crônicas – a promoção da saúde passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre estilos de vida, e não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias.

Os programas de promoção da saúde, hoje, devem buscar medidas preventivas mais amplas, que considerem tais mudanças e que possam constatar o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde.

Alguns estudos epidemiológicos têm mostrado sensível melhora nos níveis de saúde bucal de países em desenvolvimento, porém devemos considerar as diferenças regionais possíveis de serem detectadas em um mesmo país, as necessidades de cada região e tomar como exemplo, os resultados dos programas preventivos já estabelecidos. É o que nos mostram os resultados encontrados por Bonecker et al. (2000), no Município de Diadema, em exames clínicos realizados em 992 crianças de 5 a 59 meses de idade, durante o dia nacional de vacinação de 1997 e, que posteriormente, comparados com o estudo realizado em 1995, mostraram uma redução na prevalência e severidade de cárie dentária para crianças da mesma faixa etária entre os dois estudos e, conseqüentemente, melhora da saúde bucal da população estudada.

No estudo de 1995, 82,2% das crianças com 2 anos tinham no máximo três superfícies acometidas, comparativamente a 90,8% do estudo de 1997, o que significa um aumento no número de crianças com menor quantidade de superfícies acometidas. No entanto, observou-se que as superfícies dentárias foram acometidas muito precocemente e que em crianças

menores de 36 meses os incisivos centrais superiores foram os dentes mais acometidos, sendo que os molares passam a contribuir significativamente a partir dos 24 meses de idade da criança. Os dois estudos mostram que o índice ceo-s (total de superfícies decíduas cariadas, com extração indicada e obturadas em um grupo de crianças), na faixa etária de 24 a 36 meses, foi 5 vezes maior que na faixa etária de 12 a 24 meses. O tratamento curativo só começou a se tornar realidade a partir dos 3 anos de idade, momento este que pode ser tardio para se recuperar o elemento dentário de algumas crianças.

Walter *et al.* (1991) ressaltam os achados de um estudo através de um levantamento realizado em 267 crianças que participavam do programa da Bebê-Clínica (Universidade Estadual de Londrina), demonstrando um índice de prevenção (percentagem de crianças que iniciaram o programa sem cárie e permaneceram sem lesões) de 92,6% e um índice de carióstase (percentagem de crianças que iniciaram com cárie, no entanto não desenvolveram novas lesões) de 84,6%. Através da análise de efetividade do programa para as diversas idades de ingresso, os autores afirmaram que os melhores resultados são obtidos quando a atenção precoce ocorre a partir dos 6 meses de idade, sugerindo que eles são ainda melhores quando a atenção odontológica inicia-se antes dos 6 meses de idade.

Garbelini *et al.* (1991) relataram resultados semelhantes em Cambé no Paraná, em um modelo semelhante ao da Bebê-Clínica, implantado em 1987, através das unidades de saúde do município, quando foi encontrado, após 4 anos de sua implantação, um índice de prevenção de 92,3% e um índice de carióstase de 62,7%. Os autores demonstraram que, através de aplicação das técnicas e metodologias desenvolvidas pela Bebê-Clínica, é possível a obtenção de resultados promissores no controle da doença cárie e na manutenção de saúde em sistemas públicos, salientando que a atenção odontológica deve iniciar no primeiro ano de vida, sendo que sua efetividade aumenta quando as ações educativas e preventivas são introduzidas durante os primeiros seis meses de vida.

Benitz *et al.* (1994) apresentaram uma proposta preventiva a pais de crianças portadoras de cárie de mamadeira com idade entre 21 e 36 meses. As instruções estiveram relacionadas a mudanças nos hábitos de dieta, higiene bucal e uso de flúor. Passados três meses, somente duas das dezessete crianças participantes não estavam mais sendo expostas às mamadas noturnas e recebiam aplicações de flúor, conforme recomendação. Todas as outras, cujos pais não atenderam ao protocolo preventivo, apresentaram um incremento no número e severidade das lesões. Em função dos riscos de se continuar a pesquisa, os autores decidiram então interrompê-la, e concluíram que as propostas tradicionais de prevenção, através da educação e instrução, não são efetivas quando se deseja alterar hábitos considerados impróprios e

ressaltam a importância dos programas profissionais de terapias com flúor, especialmente nos casos em que não se pode contar com a colaboração dos pais, e de pacientes de alto risco.

Walter et al. (1992) comparando os primeiros atendimentos com os mais recentes realizados na Bebê-Clínica, observaram resultados positivos com mudança de comportamento da população atendida. Logo após a instalação da clínica (1985), 78% dos bebês eram levados para receberem tratamento curativo e somente 22% recebiam tratamento preventivo e educativo. A evolução do conceito de atenção precoce, a informação e conscientização da população, permitiram a inversão desse percentual. Em 1990, somente 15% dos bebês receberam tratamento e 85% buscaram orientação. Este fato mostra claramente que se existir atenção precoce e nela estiver incluída educação odontológica, a população responderá positivamente. É interessante ressaltar que nesse estudo a clientela envolvida foi quem procurou atendimento. Talvez, este fato caracterize o interesse dessas pessoas e aptidão para receber a educação proposta.

Nakama (1994) estudou 338 crianças que tiveram contato com o programa da Bebê-Clínica (Universidade Estadual de Londrina) e estavam na faixa de atendimento. Foram estabelecidos dois grupos: (G1) constituído de 234 crianças que permaneciam no programa e (G2) de 104 crianças que haviam abandonado o programa. Os pais foram entrevistados e foi realizado exame clínico nas crianças para a determinação da experiência de cárie. As lesões de cárie sem cavitação foram consideradas e a percentagem de crianças com lesões foi de 31,5% do grupo (G1) e 31,2% do grupo (G2). Mamar à noite antes de dormir fez parte do hábito da maioria das crianças, sendo que 37,5% das crianças do grupo G2 não limpavam os dentes após a última mamada, enquanto que no grupo G1 esse hábito estava ausente em apenas 8,9% das crianças.

Esses dados destacam que, de modo geral, os hábitos de higiene bucal e dietéticos, no que se refere ao consumo de produtos com açúcar, são melhor sedimentados no grupo que permaneceu no programa, bem como o uso de flúor. Os resultados indicaram mudanças nos hábitos da família após contato com o programa, com relação à higiene bucal dos pais e consumo de açúcar, além de se transformarem em disseminadores do conhecimento adquirido na Bebê-Clínica. Para a autora, foi positiva também a atitude de limpar os dentes após a mamada noturna e usar o flúor, mas negativa, no que se refere à ingestão de açúcar e à permanência da mamada noturna.

O programa Cárie Zero vem sendo desenvolvido no Centro de Saúde nº 1 da cidade de Ceilândia, no Distrito Federal desde maio de 1993, com palestras destinadas a grupos de gestantes no segundo trimestre de gravidez e a pais de recém nascidos, a cada 6 meses, com retorno das crianças programado também para 2 consultas anuais, exceto nos casos de risco à

cárie, onde primeiro revertia-se o risco. Na primeira avaliação realizada por Borges et al. 1999, quando foram examinadas 545 crianças, no período de dezembro de 1997 à maio de 1998, por um único examinador, obteve-se um índice ceo-s médio e porcentagem de crianças livres de cárie de: 0,00 (98,0%) para 1 ano; 0,002 (93,0%) aos 2 anos; 0,005 (81,9%) aos 3 anos; 0,01 (75,7%) aos 4 anos e 0,009 (72,3%) aos 5 anos.

Esse resultado vem confirmar a eficácia da educação em saúde bucal com início a partir da gestação, e demonstra que a atenção precoce educativo preventiva apresenta ótimos resultados quando iniciados no primeiro ano de vida.

Moraes et al. (2000) analisaram 200 prontuários clínicos de bebês que iniciaram no programa de atendimento do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae), da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, com idade média de 12 meses e que haviam recebido tratamento em pelo menos 7 sessões, com o objetivo de reconhecer indicadores de adesão dos pais relacionados ao consumo de açúcar de seus filhos, descrever os hábitos de consumo de leite e identificar a presença de sacarose no leite que as crianças recebem, e sua possível correlação com cáries. Verificaram que deste total: a) 139 recebiam aleitamento artificial com produtos contendo sacarose associado ou não ao aleitamento natural; b) 61 crianças não consumiam sacarose e que após 14 meses de permanência no programa, somente 24 crianças tiveram seus hábitos de aleitamento mudados, e 30 crianças mantiveram hábitos alimentares adequados.

A conclusão dos autores acima citados foi de que a taxa de adesão dos pais às orientações quanto aos hábitos de dieta foi considerada razoável, mostrando a possibilidade de mudanças de comportamento de mães em relação à dieta de seus filhos. Sugerem também o uso de produtos alternativos mais saudáveis, associados ao controle da frequência e dos horários de ingestão, em substituição às substâncias cariogênicas das mamadeiras, visto que a remoção total destas parece não ser a conduta ideal.

Hamilton et al. (1999) avaliaram um programa de promoção da saúde bucal, que envolvia agentes de saúde e mães de bebês de 8 meses, que apresentavam algum fator de risco associado à carie de mamadeira. O desenho foi de 2 estudos de corte transversal, realizados na cidade de Salford, utilizando questionários enviados pelo correio. A amostra randomizada envolvia 250 mães que haviam participado do programa e 250 mães que não participaram do mesmo. Os resultados obtidos mostraram uma melhora significativa nas recordações dos conselhos dados pelos agentes de saúde, sobre alimentação balanceada, escovação dos dentes dos bebês com dentifrício fluoretado, restrição dos alimentos e bebidas com açúcar e o encaminhamento da criança ao dentista, às mães que haviam participado do programa.

Komori et al. (1991) avaliaram um programa, executado no Japão, de prevenção de cárie dentária, através do exame dentário dirigido especificamente às crianças de 1 ano e 6 meses de idade, cujos objetivos eram fornecer orientação aos pais e ou responsáveis quanto à dieta, hábitos, escovação, assim como uma observação sobre a incidência e prevalência de cárie, anormalidade dentária; enfatizando a necessidade de iniciar-se a prevenção de cárie o mais cedo possível, criando meios de atuação dos cirurgiões-dentistas numa faixa etária normalmente carente de prevenção bucal. Os autores acreditam que esse programa pode e deve ser aproveitado, no todo ou em parte, em nosso meio, pois partindo-se de uma correta informação para as mães, sobre os aspectos nutricionais, higiênicos e outros, básicos de saúde bucal, teremos, evidentemente, uma redução da cárie dentária.

Holt et al. (1985) avaliaram, após cinco anos, os efeitos de um programa de educação em saúde bucal em Londres, direcionado a mães de bebês com poucas semanas de vida. Ele era formado por três grupos:

G1- mães que receberam orientações em casa quando seus filhos tinham entre 2-12 semanas de vida, depois entre 6-8 meses e 14-18 meses de idade.

G2- mães que receberam orientações através de folhetos enviados pelo correio.

G3- mães que não tiveram contato durante o período inicial do estudo, ou seja, formavam o grupo controle.

Os exames clínicos realizados em crianças, aos cinco anos de idade, revelaram que 69% delas, cujas mães tinham recebido as informações em casa, estavam livres de cáries comparado com 58% do grupo controle, apresentando também, menor índice gengival e maior conhecimento da família em relação à saúde bucal.

Stewart et al. (1999) realizaram um estudo através de questionários enviados para uma amostra aleatória de 1005 pessoas que cuidam de crianças, cujos bebês tinham de 6 a 36 meses, com o objetivo de avaliar fatores associados com idade apropriada para utilização de cuidados dentários e conduta preventiva entre pré escolares de Delaware. Os resultados mostraram que somente 12% das crianças com idade igual ou menor que 12 meses tinham ido ao dentista. A nacionalidade da criança, educação e idade materna, seguro-dentário são fatores importantes para cuidados com a saúde, mas receber informações sobre cuidados com os dentes, através de profissionais de saúde, e renda familiar não estavam associados com visita ao dentista. Os resultados mostraram a necessidade de melhorar as informações fornecidas aos atendentes, profissionais de saúde e odontopediatras envolvidos nos serviços dentários para melhorar a saúde bucal de pré escolares.

Gomes et al. (2001) avaliaram um programa dental preventivo (PDP), para mães no início de gestação e mães de recém nascidos, após os quatro primeiros anos de implantação,

no Centro Médico do Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, Chile. Compararam a prevalência de cárie em 180 crianças de 1 a 3.5 anos de idade, que estavam participando do programa, com outras 180 crianças que não participavam. Os resultados mostraram que o programa foi efetivo para inibição de cárie em pré-escolares, incluindo em toda a população os benefícios da água fluoretada. No grupo (PDP), 97% das crianças estavam livres de cárie, comparadas com 77% do grupo-controle.

Para Weintraub (1998), várias são as estratégias de prevenção e intervenção precoce em saúde pública, com relação à cárie na primeira infância: continuar a fluoretação da água de abastecimento público; avaliar a efetividade de outros métodos em saúde pública, para prevenir a cárie de mamadeira; desenvolver uma forma de registro nacional para a cárie rampante e de mamadeira; implementar rapidamente programas de saúde bucal, com intervenções de baixo custo, relacionadas à cárie de mamadeira, em saúde pública; mudanças no reembolso pelos seguros como incentivo aos dentistas, para prevenir a doença; incluir odontologia na nova legislação de seguros para crianças, bem como para pais dos bebês e pré-escolares.

4 METODOLOGIA

4.1 O LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em Ponta Grossa, PR, cidade onde reside a pesquisadora, motivo pelo qual foi escolhida, no período de março de 2000 à fevereiro de 2002. Localiza-se no 2º Planalto ou Campos Gerais, a 975 m de altitude, numa área de 2.100 km². Dista a 121 km da cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná.

A economia é baseada na extração de talco, na pecuária e na agroindústria, principalmente a indústria da soja, que confere ao município o título de "Capital Mundial da Soja". Também destacam-se as indústrias metal-mecânica e madeireira.

A constituição da população se deu pela soma de desbravadores, tropeiros, famílias ilustres vindas principalmente de São Paulo, raras combinações com indígenas, e depois sofrendo alterações étnicas, provocadas por imigrantes. Destes, primeiro vieram os de origem portuguesa, provenientes de São Paulo e, mais tarde, do Rio Grande do Sul. Em seguida, se estabeleceram os alemães, poloneses, juntando-se a estes, em menor escala, os sírios-libaneses, ucranianos, austríacos, espanhóis, japoneses e outros. De acordo com dados do censo/2001, somam 273.469 habitantes.

A água da cidade é fluoretada desde 1985, e seu teor varia entre 0,6 e 0,8 ppm de flúor. Dados de 1999, informam que, em Ponta Grossa, o Sistema Municipal de Saúde presta serviços à população na área odontológica e apresenta uma capacidade física instalada de 64 conjuntos de equipamentos, distribuídos em 32 unidades básicas de saúde, 20 escolas, 5 creches e 4 instituições de atendimento ao menor carente, e também 3 unidades odontológicas móveis, que prestam atendimento de atenção básica. Conta ainda com um Centro Municipal de Especialidades Odontológicas, que serve como referência para os casos de Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Radiologia, Odontopediatria, Clínica do Bebê e atendimento a pacientes especiais. Também o Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa e a Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Brasileira de Odontologia – Subsecção Ponta Grossa/PR- são opções de atenção odontológica à saúde.

4.2 DESENHO METODOLÓGICO

Segundo Minayo (1998), *“Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática”*. Assim, *“ o desenho metodológico tem importância como eixo condutor da investigação num campo científico”* (Gomes, 1995).

Os estudos em Odontologia, além de não serem freqüentes na faixa etária de 0 a 3 anos de idade, normalmente utilizam - se de instrumento quantitativo para a coleta de dados. Como proceder então, para verificar a influência de métodos educativo- preventivos na promoção da saúde, nesta faixa etária?

Esta indagação remeteu-nos à certeza da necessidade de um trabalho de campo, onde pudéssemos avaliar com maior segurança o objeto de estudo proposto. Começamos a pensar, então, como trabalhar com as mães, para manter a saúde bucal dos seus bebês. Precisaríamos saber qual o grau de conhecimento destas mães, a respeito do processo saúde /doença, e como se comportam em relação a sua saúde bucal e também de seus filhos, para assim, podermos sugerir algumas informações necessárias.

Ficou clara, então, a necessidade da elaboração de questionários para entendê-las como sujeitos neste processo. Estas mães, mulheres que escolhidas por terem mais contato com a criança e que, uma vez conscientizadas da importância das informações recebidas, transferirão para os filhos os conhecimentos recebidos.

Ao longo desta trajetória, pareceu-nos pouco seguro trabalhar apenas este instrumento, embora acreditando que seria extremamente necessária a sua utilização. A visão clínica do processo saúde/doença, uma grande experiência em nossa vida profissional, seria enriquecida, se correlacionada com a percepção e conduta destes sujeitos sociais e seus determinantes.

O controle periódico dos bebês seria necessário, para verificar se o método utilizado estaria atingindo os objetivos propostos, mas, para maior confiabilidade nos resultados, os dados obtidos deveriam ser comparados com outro grupo de crianças, com características semelhantes, porém sem intervenção.

O desenho metodológico que, sem dúvida, é a estrutura básica que organiza a relação entre variáveis e resultados, foi proposto, baseado em instrumentos metodológicos, que poderão nos fornecer subsídios para as questões referentes aos objetivos propostos.

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

O trabalho em questão, refere-se a um estudo longitudinal de intervenção. A prevalência de cárie dentária foi pesquisada em dois grupos de bebês: em um dos grupos, realizou-se intervenção durante 15 meses, proporcionando melhoria no acesso às informações e medidas preventivas, necessárias à instituição de hábitos saudáveis para prevenção da cárie dentária. Observamos quantas destas crianças desenvolveram cárie. Após este período, comparamos com outro grupo de bebês com características semelhantes, porém sem intervenção e verificamos, destes, quantos apresentavam cárie.

Algumas questões foram ponderadas no planejamento desta pesquisa. Entre elas: ética, custo, viabilidade de acompanhamento do grupo estudado.

Uma das grandes limitações de estudos com seres humanos é de ordem ética. Este estudo foi aprovado pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Ponta Grossa (Anexo I).

Não é aceitável, em experimentos que envolvam pessoas, a inclusão de fatores suspeitos de provocar doenças ou a supressão de fatores necessários à manutenção da saúde (Almeida Filho *et al.*, 1994). Esta questão, em nosso estudo, não se mostrou tão complexa, visto que o nosso objetivo foi remover fatores que possam provocar a doença cárie. Mas, por se tratar de bebês, que necessitam de consentimento do grupo familiar, solicitamos aos responsáveis o preenchimento de uma autorização (Anexo II).

Outro inconveniente foi o custo, pois tratava-se de um estudo longitudinal e, neste caso, sem auxílio de órgãos financiadores. Procuramos resolver parte deste impasse, solicitando a colaboração de indústrias fabricantes de produtos odontológicos.

O terceiro obstáculo previsto seria o de manter o grupo sob intervenção até o final da pesquisa. Muitas foram as razões para as desistências, inclusive mudanças de endereço, o que independia da nossa vontade.

Apresentadas estas premissas, decidimos pela seleção dos grupos.

4.3.1 SELEÇÃO DOS GRUPOS

Os grupos selecionados representam aproximadamente 1% da população dos bairros abaixo relacionados, os quais correspondem em média a 10% da população de Ponta Grossa.

Embora estes grupos não possam ser considerados representativos e estatisticamente significativos para a cidade de Ponta Grossa, devido o seu método de seleção não ter sido de forma aleatória, tendo em vista a necessidade de um contato constante com as mães em um local apropriado, pois necessitávamos repassar através de palestras e do reforço individual, as informações necessárias para que medidas preventivas fossem utilizadas; este estudo tornou-se relevante, em nível exploratório, para a aproximação sobre o tema proposto.

Quadro I: NÚMERO DE BEBÊS EXAMINADOS NOS GRUPOS SOB INTERVENÇÃO E SEM INTERVENÇÃO (CONTROLE)

Grupos	Nº Crianças
Sob intervenção –15 meses	122
Sem intervenção (controle)	106
Total	228

a) Grupo sob intervenção

O grupo que participou do programa educativo-preventivo foi selecionado em diferentes bairros da cidade. Assistentes sociais e agentes comunitários auxiliaram a pesquisadora, distribuindo cartazes. Deste modo, foram formados sete grupos, os quais eram agendados para comparecerem nos locais com maior facilidade de acesso, sendo agrupados na Associação Brasileira de Odontologia de Ponta Grossa (ABO), na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), nas Unidades de Saúde Agostinho Brenner na Vila Maria Otília, e Paulo Novaes, no Bairro Santa Paula e no salão paroquial das Igrejas Nossa Senhora do Pilar, no Bairro Palmeirinha, Nossa Senhora de Fátima, na Vila Cipa e Igreja Cristo Rei na Vila DER.

Quadro II - LOCALIZAÇÃO E POPULAÇÃO DOS BAIRROS ONDE OS GRUPOS FORAM FORMADOS

GRUPOS*	LOCALIZAÇÃO	POPULAÇÃO
G1 = Grupo UEPG Universidade Estadual de Ponta Grossa	Jardim Paraíso	5.605 habitantes
G2 = Grupo ABO Associação Brasileira de Odontologia de Ponta Grossa	Jardim Carvalho	2.856 habitantes
G3 = Grupo Cipa	Vila Cipa	4.082 habitantes
G4 = Grupo Maria Otília	Vila Maria Otília	3.269 habitantes
G5 = Grupo Santa Paula	Bairro Santa Paula	2.580 habitantes
G6 = Grupo DER	Vila DER	1.438 habitantes
G7 = Grupo Palmeirinha	Bairro Palmeirinha	6.314 habitantes

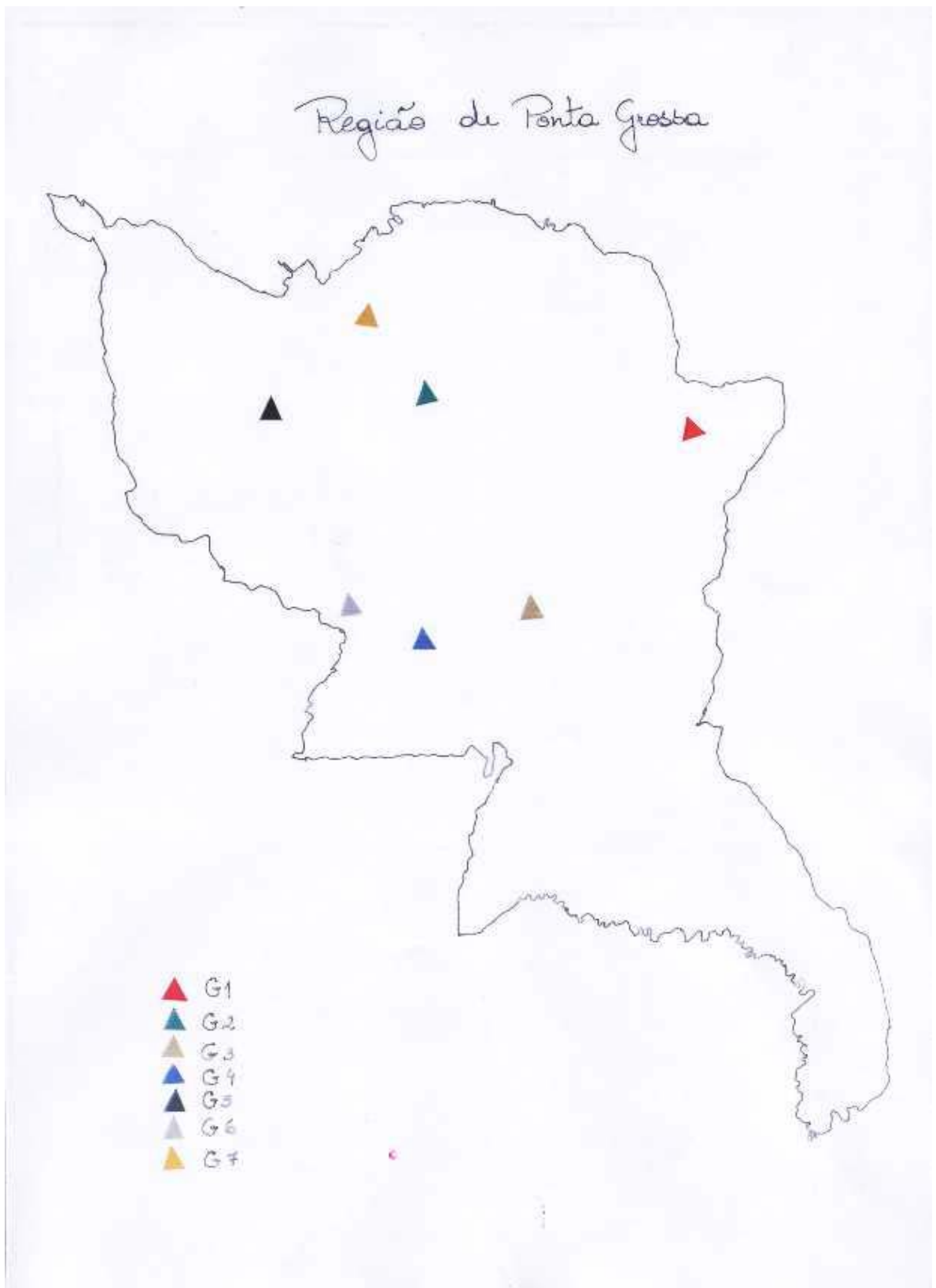


FIGURA 1 – MAPA DE PONTA GROSSA

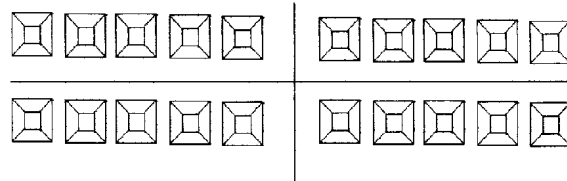
O grupo sob intervenção ficou dividido de acordo com o quadro III

Quadro III : NÚMERO DE BEBÊS E A FAIXA ETÁRIA INICIAL EM CADA GRUPO ESTUDADO

Grupos*	N. bebês	Faixa etária/meses
G1	17	4-14
G2	13	2-15
G3	25	1-16
G4	6	4-12
G5	18	1-21
G6	4	2-14
G7	39	3-11
Total	122	1-21

O estudo iniciou-se com 160 pares (mães e filhos) e terminou com 122 pares (mães e filhos). Os bebês, na faixa etária de 30 dias a 21 meses, foram examinados sob luz natural, em macris (espécie de maca onde deita-se a criança durante o exame) de três em três meses, durante 15 meses, por um único examinador, auxiliado por acadêmicas do curso de Odontologia nas anotações, orientação individual e higienização da boca do bebê (Anexo V). Em cada exame, após a higiene bucal, registrava-se os dentes eruptados, ou afetados por lesões cariosas, de acordo com o seguinte critério:

- 1) Considerou-se dente eruptado quando 1/3 da sua coroa estivesse visível;
- 2) Marcou-se no odontograma os números dos dentes eruptados no momento do exame;
- 3) Se houvessem lesões brancas (desmineralização sem cavitação), anotava-se as faces afetadas no odontograma, com caneta verde;
- 4) As lesões cavitadas foram registradas no odontograma, com caneta vermelha.

FIGURA 2: ODONTOGRAMA

No início do estudo, os bebês não apresentavam doença bucal e, as que surgiram, foram imediatamente tratadas. Os bebês foram atendidos na clínica de odontopediatria da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela pesquisadora, auxiliada pelas acadêmicas do curso de Odontologia.

Na ocorrência de lesões brancas, reforçou-se o controle dos hábitos de higiene e de dieta alimentar e utilizou-se 2 aplicações de verniz fluoretado (Fluorniz), com intervalo de uma semana entre as aplicações. Na presença de lesões cavitadas, utilizou-se a técnica de restaurações atraumáticas, ou seja: a cavidade de cárie era curetada com escavadores de dentina, de tamanho compatível com o tamanho da cavidade, procurando-se remover todo o tecido amolecido e, posteriormente, selou-se a cavidade com cimento de ionômero de vidro (Vitremmer). Este procedimento foi realizado com isolamento relativo, através do uso de roletes de algodão ou gaze. Anotou-se a superfície restaurada correspondente no odontograma com caneta preta.

Nos casos em que houve exposição pulpar decorrente de lesões cariosas mais profundas, o bebê foi submetido à anestesia local, isolamento absoluto realizado com dique de borracha, grampos e amarras com fio dental, sendo então realizado o tratamento endodôntico e, posteriormente, a restauração com ionômero de vidro.

Durante os exames clínicos, quando os bebês já apresentavam todos os incisivos (dentes anteriores), evidenciava-se a presença da placa bacteriana, através de um corante líquido à base de eritrosina (Replak), com o objetivo de mostrar a necessidade da realização de higiene bucal constante e também em muitos casos, de se melhorar este procedimento. Enfatizava-se ainda, a necessidade de regularização dos horários de alimentação, destacando o controle, principalmente da amamentação noturna. Questionava-se, também, as dificuldades que os responsáveis encontravam na adoção desses procedimentos.

Recomendava-se, para a higiene bucal, gaze umedecida em água ou escova (Baby-Prevent), sendo que o material foi fornecido pela pesquisadora. A higiene dos primeiros

dentos (incisivos) foi feita com gaze umedecida em água e, após a erupção dos primeiros molares, substituiu-se a gaze pela escova com uma quantidade mínima de dentifício (semelhante a um grão de arroz), recomendando-se movimentos vibratórios em cada superfície dentária.

b) Grupo sem intervenção (controle)

Foram examinados 106 bebês neste grupo, semelhante ao número e idade das crianças que participaram até o final da pesquisa no grupo sob intervenção, ou seja entre 16 e 36 meses, dos mesmos locais de origem, na cidade de Ponta Grossa. Estes bebês foram examinados em macris ou aqueles maiores de 24 meses no colo da mãe. Os dados encontrados foram registrados em ficha clínica (Anexo VI).

Os bebês do referido grupo foram encaminhados à UEPG, para receberem as orientações e procedimentos necessários, ou seja: escovações, aplicações tópicas de flúor, restaurações atraumáticas e tratamentos endodônticos, realizados pelos acadêmicos da disciplina de odontopediatria.

O grupo sem intervenção ficou dividido de acordo com o quadro IV

Quadro IV - NÚMERO DE BEBÊS E A FAIXA ETÁRIA EM CADA GRUPO ESTUDADO

Grupos*	N. bebês	Faixa etária/meses
G1	20	16-36
G2	18	18-36
G3	34	19-36
G4	3	18-27
G5	11	24-36
G6	3	18-25
G7	17	18-35
Total	106	16-36

4.3.2 QUESTIONÁRIO

O objetivo da aplicação de questionários foi o de melhor entender o comportamento e experiência humanos, ou seja, compreender o processo mediante o qual as pessoas constroem significados e em que consistem estes mesmos significados.

O primeiro questionário foi aplicado no contato inicial com as mães, antes da aplicação do programa educativo-preventivo e outro 12 meses após intervenção. O questionário inicial foi elaborado com algumas variáveis sócio-econômicas e mais 31 questões com perguntas de respostas fechadas, envolvendo informações, hábitos e percepções das mães em relação a sua saúde bucal e de seus filhos. (Anexo III). O segundo questionário incluiu questões relativas aos hábitos de amamentação, dieta alimentar e higiene bucal dos bebês (Anexo VII), após 1 ano de intervenção.

4.3.3 PROGRAMA PREVENTIVO

4.3.3.1 MANUAL DE ORIENTAÇÃO

As mães receberam um Manual de Orientação (Anexo IV) no primeiro encontro para que pudessem utilizá-lo sempre que necessário, onde constam informações sobre:

- Métodos de higiene bucal;
- Controle de alimentação (dieta alimentar);
- Uso de flúor;
- Hábitos nocivos.

Neste manual , também foram marcados os dias de retorno do bebê.

4.3.3.2 PALESTRAS EDUCATIVAS

As palestras feitas verbalmente e com recursos audiovisuais repetiram-se a cada 6 meses, abordando os seguintes temas:

-“**A importância da atenção precoce**” (a necessidade da criança ser levada ao dentista desde os primeiros anos de vida);

-“**Prevenção das doenças bucais e hábitos nocivos**” (orientação sobre higiene bucal, controle do açúcar, mamadeira noturna, destaque para a manutenção da integridade dos dentes decíduos, desmistificando a crença popular de que não são importantes).

-“**Principais doenças bucais e suas conseqüências**” (doenças cárie e periodontal e seus efeitos sobre a saúde bucal).

Durante estas palestras, abriu-se espaço para que os responsáveis pelo bebê apresentassem as suas dúvidas. As agentes comunitárias também participaram das mesmas, objetivando o repasse de informações a outras pessoas de sua comunidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa, mostrados em percentuais, foram organizados em quadros e tabela.

O **estudo descritivo** apresenta o perfil sócio-econômico-cultural e odontológico das mães envolvidas no estudo, bem como seus conhecimentos básicos sobre saúde bucal e fonte de informação (Quadro V, VI,VII). O quadro VIII, constam os percentuais relativos aos hábitos de amamentação e de higiene que eram praticados no início do estudo e aqueles relatados após o período de doze meses.

O **estudo longitudinal de intervenção**, incluiu as palestras educativas, treinamento das mães para as práticas de higiene bucal , exames periódicos nos bebês para observação da integridade dentária, aplicação de medidas preventivas e pronto atendimento profissional quando necessário. O exame bucal de um segundo grupo de crianças, na mesma faixa etária e nos mesmos locais (sem intervenção) permitiu, através da comparação de dados clínicos, avaliar a eficiência das medidas educativas adotadas (tabela I).

**Quadro V - DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS-
CULTURAIS DO GRUPO SOB INTERVENÇÃO**

Variáveis	Categorias	Respostas	
		Nº	%
Nº de filhos	1 filho	51	41,80
	2 ou mais filhos	71	58,19
Grau escolaridade/mãe	Não respondeu	3	2,45
	Analfabeta	1	0,81
	1º Grau incompleto	53	43,44
	1º Grau completo/ 2º Grau incompleto	31	25,40
	2º Grau completo/ 3º Grau incompleto	30	24,59
	3º Grau completo	4	3,27
Profissão da mãe	Do lar	100	81,96
	Outra profissão	22	18,03
Renda familiar	Desempregados	8	6,55
	Menos de 1 salário	5	4,09
	1 a 3 salários	73	59,83
	Mais de 3 salários	19	15,57
	Não respondeu	17	13,93
Rede de apoio social	Não	99	81,14
	Vizinha/ amiga	4	3,27
	Parentes	15	12,29
	Creche	3	2,45
	Babá	1	0,81

No Quadro V, observa-se que a maioria das mães não completou o 1º grau, tem uma renda familiar que varia de 1 a 3 salários mínimos (salário vigente R\$ 180,00) e 2 ou mais filhos.

Quadro VI: DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL ODONTOLÓGICO DAS MÃES DO GRUPO SOB INTERVENÇÃO

Variáveis	Categorias	Respostas	
		Nº	%
Frequência da escovação	Não higieniza	1	0,81
	1 vez ao dia	5	4,13
	2 vezes ao dia	21	17,35
	3 vezes ao dia	95	78,51
Uso do fio dental	Não usa	67	54,91
	Raramente usa	14	11,47
	1 vez ao dia	17	13,93
	2 vezes ao dia	14	11,47
	3 vezes ao dia	10	8,19
Controle do açúcar entre as refeições	Sim	75	61,47
	Não	44	36,06
	Não respondeu	3	2,45
Presença de dor	Sim	38	31,14
	Não	81	66,39
	Não respondeu	3	2,45
Sangramento gengival	Sim	50	40,98
	Não	62	50,81
	Não respondeu	10	8,19
Uso de próteses	Sim	30	24,59
	Não	92	75,40
Visita ao dentista Frequência	Sim	105	86,06
	Não	14	11,47
	Não respondeu	3	2,45
	Quando sente dor	27	25,71
	1 vez ao ano	32	30,47
	2 vezes ao ano	16	15,23
	Raramente	30	28,57
Procura pelo serviço público	Sim	82	78,09
	Não	23	21,90
Leva os filhos ao dentista Procura pelo serviço	Sim	63	51,63
	Não	55	45,08
	Não respondeu	4	3,27
	Público	60	95,23
	Particular	3	4,76

O Quadro VI mostra o perfil odontológico das mães que, na sua maioria, procuram o atendimento público, escovam seus dentes sem fazer uso do fio dental e controlam o açúcar entre as refeições. Os dados apresentados nesse quadro, foram obtidos a partir das respostas oferecidas pelas questões 1, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 30 e 31, do questionário aplicado no início de estudo (Anexo III).

Quadro VII - DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS INFORMAÇÕES/CONHECIMENTO DAS MÃES DO GRUPO SOB INTERVENÇÃO

Variáveis	Categorias	Respostas	
		Nº	%
Você sabe por que o dente dói?	Sim	56	45,90
	Não	37	30,32
	Não respondeu	29	23,77
Você já recebeu alguma vez Orientações à respeito de cuidados com sua saúde bucal?	Sim	96	78,68
	Não	26	21,31
Quem passou a informação?	Todos os meios	3	3,12
	Dentista	59	61,45
	Amigos/parentes	1	1,04
	Serviço público	28	29,16
	Rádio/ Televisão	5	5,20
Já ouviu falar de flúor?	Sim	115	94,26
	Não	7	5,73
Você sabe que o açúcar causa Cárie?	Sim	111	90,98
	Não	11	9,01

O Quadro VII mostra o conhecimento prévio dessas mães antes de qualquer orientação realizada pela pesquisadora sobre a doença cárie, fatores determinantes e métodos preventivos (questões 2, 12, 20 e 23, Anexo III). A maioria delas já havia recebido alguma informação sobre cuidados com sua saúde bucal, principalmente através do dentista.

Quadro VIII - PERCENTUAIS RELATIVOS AOS HÁBITOS DE AMAMENTAÇÃO E DE HIGIENE BUCAL ADOTADOS NO INÍCIO DO ESTUDO E APÓS 12 MESES DE INTERVENÇÃO

Variáveis	Categorias	Respostas (97 mães)			
		Início do estudo		Após 12 meses	
		N	%	N	%
Amamentação	Sim	94	96,9	90	92,8
	Não	3	3,0	7	7,2
Tipo de amamentação	Peito	48	51,0	17	18,9
	Mamadeira	29	30,8	59	65,5
	Misto*	17	18,0	14	15,5
Amamentação noturna	Sim	68	72,3	47	52,2
	Não	26	27,6	43	47,8
Frequência	1 vez	27	39,7	17	36,2
	2 vezes	20	29,4	13	27,6
	3 vezes ou +	21	30,8	17	36,2
Higiene bucal	Sim	59	60,8	94	96,9
	Não	38	39,1	3	3,1
Frequência	1 vez	21	35,9	11	11,7
	2 vezes	14	23,7	32	34,0
	3 vezes ou +	11	18,6	38	40,4
	Antes/dormir	13	22,0	13	13,8

*Misto = peito e mamadeira

No Quadro VIII, após 12 meses de intervenção, observa-se redução na amamentação noturna de aproximadamente 20% (72,3% e 52,2%) e um aumento em torno 36% na realização de higiene bucal nos bebês, a qual passou de 60,8% para 96,9%. (Questões 13 e 15, Anexo III e Anexo VII). Assim, houve redução de um fator negativo e aumento de um fator positivo; dados estes, provavelmente, resultantes do trabalho educativo.

Tabela I - PERCENTUAIS DE BEBÊS COM E SEM LESÕES CARIOSAS NOS GRUPOS SOB INTERVENÇÃO E SEM INTERVENÇÃO EXAMINADOS 15 MESES APÓS O INÍCIO DA PESQUISA.

Grupos	S/lesões cariosas		C/lesões cariosas	
	n	%	n	%
Sob intervenção	110	90,17	12	9,83
Sem intervenção	65	61,32	41	38,68

A tabela I mostra um menor percentual de lesões cariosas (9,83%), no grupo sob intervenção.

5.1 DISCUSSÃO

Tem-se constatado, por meio de pesquisas realizadas (Burton *et al.* 1984; Peres *et al.* 1995; Downer, 1996; Davies *et al.* 1997; Nadanovski, 2000), que nos últimos anos ocorreu um declínio na prevalência da cárie dentária, atribuído especialmente ao uso do flúor (Pettersson *et al.* 1996; Downer, 1996; Bratthall *et al.* 1996; Nadanovski, 2000). No entanto, embora não se tenham muitas pesquisas epidemiológicas na faixa etária dos bebês e pré-escolares (Pinto, 1997; Habibian *et al.* 2001), relatos na literatura demonstram uma alta prevalência da doença nessas faixas etárias (Walter *et al.* 1985; Morita *et al.* 1993; Wambier *et al.* 1995; Barros *et al.* 2001; Habibian *et al.* 2001, Wyne *et al.* 2001).

No presente estudo (Tabela I), considerando-se os resultados encontrados no grupo sem intervenção, observamos que dos 110 bebês examinados, 41 apresentaram lesões cáries, ou seja 38,68% das crianças deste grupo; resultado este, semelhante ao encontrado por Wambier *et al.* 1995, em Ponta Grossa.

Vários fatores, de modo geral, podem estar contribuindo para o desenvolvimento de um padrão específico de cárie, a cárie dentária precoce: biologia humana, estilo de vida, ambiente e os programas de assistência à saúde (Lalonde, 1996).

Fejerskov *et al.* 1990, demonstraram as relações entre a placa dentária e os múltiplos determinantes biológicos que influenciam o desenvolvimento da lesão de cárie. Entre eles, composição da placa dentária, composição e capacidade tampão da saliva, velocidade de secreção salivar, frequência e composição da dieta e presença do flúor. Contudo, afirmam que a presença de bactérias cariogênicas é indispensável para o estabelecimento da doença.

Sabe-se que a cárie é uma doença multifatorial e que para o seu desenvolvimento há necessidade de um hospedeiro susceptível, uma microflora cariogênica e uma dieta apropriada para essa microflora (Keyes, 1962), mas, segundo Maltz (1996), para que esses fatores possam interagir devem coexistir por um determinado tempo na cavidade bucal.

Portanto, a informação para as mães à cerca da importância dos aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos e outros relativos aos cuidados básicos de saúde bucal, evidentemente tendem a resultar em uma redução da cárie dentária. Como informa Morinushi (1980), o aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado à desinformação materna.

Horowitz 1994, afirma que a educação deveria ser o fundamento de qualquer programa de saúde pública. Apesar disso, muitas vezes, as informações transmitidas não consideram o conhecimento científico disponível e, às vezes, são incorretas. Observa-se, no Quadro VII, que 78,68% mães do grupo sob intervenção já haviam recebido alguma informação a respeito

de cuidados com a saúde bucal e destas 61,45% pelo dentista; 94,26% já tinham ouvido falar do flúor e ainda 90,98% sabiam que o açúcar causa cárie. No entanto, 45,90% relataram que sabiam por que o dente dói, fato este relevante, pois sugere uma falta de informação sobre o processo saúde/doença.

Frazier et al. (1990) afirmam que educação é necessária, mas não suficiente, para prevenir doenças bucais. Conhecimento é a palavra-chave (Horowitz, 1994). A aprendizagem é uma das formas de aquisição de conhecimentos, que pode ou não gerar uma construção de conhecimento (Franco s/d). A ação é, portanto, o ponto de partida e a possibilidade de todo o conhecimento (Piaget, 1978). Conhecimento é um fenômeno complexo, fruto de interações e que exige um lapso de tempo para se concretizar (Piaget, 1995).

Na Tabela I, os resultados confirmam estas afirmativas. Após 15 meses de intervenção, 9,83% dos bebês desenvolveram lesões cáries, o que nos faz concordar com Ismail (1998), quando afirma este sucesso se deve, principalmente, ao reforço constante, para motivação da mãe em autocuidado e acesso a medidas preventivas. Esses resultados refletem o pensamento de Demo, 1994 quando declara que se reconhecemos que o conhecimento é o instrumento primordial de mudança, seria contraditório encerrá-lo na teoria, até porque implicaria no mau entendimento do que é teoria.

Um menor percentual de lesões cáries (9,83%), para este grupo, sugere mudanças na atenção à saúde, desenvolvendo habilidades e permitindo o autocuidado como uma medida eficaz, de baixo custo e de fácil acesso.

O autocuidado é, definitivamente, o recurso sanitário fundamental do sistema da atenção à saúde (OMS, 1983). Portanto, o autocuidado passaria a ser considerado uma adição importante na competência e habilidade do ser humano e não como delegação do trabalho de saúde, que nada mais quer fazer ou para o qual a sociedade já não pode permitir profissionais que o façam (Kickbusch, 1996).

Programas de educação para a saúde bucal, não devem limitar-se à demonstração de procedimentos corretos, mas devem concentrar-se em criar hábitos próprios. No Quadro VI, os resultados demonstram que estas mães têm hábitos próprios de acordo com seu estilo de vida. Destas, 78,51% escovam seus dentes três vezes ao dia, mas 54,91% não usam fio dental, 61,47%, controlam o açúcar entre as refeições, 86,06% visitam o dentista e 78,09% procuram atendimento no serviço público. Quanto aos seus filhos, 51,63% são levados ao dentista e entre essas, 95,23% procuram pelo serviço público. Quando indagadas sobre a presença de sinais e sintomas da doença cárie e periodontal, 66,39% afirmam não sentirem dor em seus dentes e 50,81% disseram não apresentar sangramento gengival. Em relação ao uso de próteses, 24,59% fazem uso de algum tipo de prótese dentária.

Estes resultados são semelhantes ao encontrado por Silva *et al.* (1999), em Curitiba/PR, quando entrevistaram 100 gestantes de 13 a 40 anos, abordando questões relacionadas à busca de atenção odontológica, valor atribuído à própria saúde bucal e práticas com relação à saúde bucal do futuro bebê. Os resultados mostraram que em relação aos serviços odontológicos, 55% das gestantes entrevistadas procuram serviços públicos, enquanto que 43% têm acesso a serviços privados; 49% destas consideram como sendo boas suas condições de saúde bucal e 79% receberam algum tipo de orientação em relação a cuidados com saúde bucal e, dentre estas, 66% as receberam de profissionais da área odontológica (dentistas e membros de equipes de saúde bucal de unidades públicas de saúde).

Esses dados possibilitam-nos concluir que as ações e investigações em autocuidado poderiam relacionar-se ativamente com a promoção da saúde, dentro de políticas públicas saudáveis, ambientes de apoio, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento da capacidade pessoal e na reorientação dos serviços de saúde, podendo modificar o estilo de vida dos indivíduos.

Vários estudos relacionam hábitos alimentares inadequados e ausência de higiene bucal, com presença de cárie nos primeiros anos de vida (Cudzinovski, 1980; Giamarchi *et al.* 1990; Gomes *et al.* 1996; Fraiz, 1998; Medeiros *et al.* 1998). No Quadro VIII, observa-se que, no início do estudo, as crianças eram amamentadas no peito (51%) e após 12 meses, passaram a usar mamadeiras (65,5%). Esta troca de hábito não é saudável, visto que a amamentação natural nos primeiros meses de vida é a ideal e, após o desmame, os líquidos já podem ser oferecidos em copos. O uso de mamadeiras, aumenta a frequência de ingestão de líquidos açucarados, favorece o uso noturno, expondo dentes ao desenvolvimento da doença cárie e má-oclusão.

Nota-se, ainda, que no início do estudo 72,3% dos bebês utilizavam amamentação noturna e este percentual foi reduzido, após 12 meses, para 52,2%. Os hábitos de higiene bucal aumentaram de 60,8% para 96,9%. Somente 3,1% das mães relataram não fazer higiene bucal nos seus filhos.

A redução da amamentação noturna (em torno de 20%), associada ao aumento percentual de higiene bucal (em torno de 36%), são dados sugestivos da influência positiva do trabalho educativo/preventivo.

Kroll *et al.* 1967, concluíram que a amamentação noturna prolongada aparece como o fator etiológico principal na cárie rampante de bebês e disseram que esta condição pode ser encontrada precocemente, na idade de 16 meses. A cárie rampante é um padrão típico de cárie, que destrói rapidamente todos os dentes, com exceção dos incisivos inferiores.

Cudzinovski (1980), comentou que crianças amamentadas no seio materno também podem desenvolver cáries. Outro estudo que associa cárie em idades precoces com uso prolongado de mamadeira ou amamentação no peito é de Dilley, 1980. Reunindo várias características de crianças com cárie e de suas famílias, concluiu: o uso prolongado de mamadeira não estava associado com os conhecimentos da família, exceto quando a condição sócio-econômica era baixa; todos os casos estudados de cárie em idades precoces estavam associados ao uso prolongado da mamadeira ou amamentação no peito; o leite era o líquido mais usado; de um modo geral os pais desconheciam a época do desmame e também quando a higiene oral deveria ser iniciada.

A cárie de mamadeira pode ser considerada uma doença cultural, segundo Wanderley *et al.* (1999), pois comumente a mamadeira noturna não é oferecida com finalidade nutricional, sendo, em geral, utilizada para fazer a criança dormir ou mantê-la dormindo. Afirma, ainda, que o estabelecimento de hábitos de limpeza, por volta dos doze meses de idade, aumenta sensivelmente a chance da criança apresentar-se livre de cárie aos 3 anos de idade.

No Quadro VIII, a variável higiene bucal apresentou um aumento percentual significativo de aproximadamente 36%, após 12 meses de intervenção, em relação ao início do estudo. Estes resultados mostram que, no início, 39,1% das mães não realizavam a higiene bucal em seus filhos, resultados estes, semelhantes aos encontrados por Giamarchi *et al.* 1990, que relataram em 50% dos casos estudados, os pais não escovam os dentes dos filhos e que a prática de higiene é tardia, a partir do 19º mês. Alguns estudos argumentam que esta prática deveria ser realizada , após a erupção do primeiro dente do bebê (Miller *et al.* 1995; Serino *et al.* 1997).

Febres *et al.* (1997) revelaram que fatores culturais e étnicos são os que mais influem no desenvolvimento da cárie de mamadeira e que, mesmo sabendo dos efeitos nocivos de permitir que o bebê adormeça com a mamadeira, ou que esta seja oferecida durante a madrugada, os pais continuam a fazê-lo. Metade dos pais de crianças com cárie de mamadeira não tinha informações sobre o risco de cárie relacionada à mamadeira noturna, ou não sabia quando intervir para remover o hábito.

Buss (2000) relata que o ambiente inclui todos os fatores relacionados à saúde que são externos ao corpo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle. Pesquisas realizadas (Freire *et al.*, 1996; Battelino *et al.*, 1997, Fraiz, 1998) comprovam que fatores ambientais, entre os quais o nível sócio-econômico e cultural, revelam íntima relação com a prevalência de cárie de uma população.

O levantamento epidemiológico realizado no Brasil, em 1986, mostrou que crianças pertencentes a famílias cuja renda era de até dois salários mínimos mensais tinham 43,8% dos dentes com lesões de cárie, ao passo que aquelas pertencentes a famílias com renda mensal acima de cinco salários mínimos apresentavam 22,4% dos dentes cariados.

No Quadro V, verificamos que 59,83% do grupo sob intervenção tinham uma renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (salário vigente R\$ 180,00) e 43,44% não tinham completado o 1º grau escolar. Verificando a Tabela I, veremos que no grupo que não sofreu intervenção, cujas características ambientais são semelhantes ao grupo sob intervenção, pois os bebês examinados pertenciam aos mesmos locais e à mesma faixa etária, a prevalência de cárie dentária foi de 38,68%, resultado este levemente inferior ao encontrado no levantamento epidemiológico no Brasil, em 1986.

O estudo de Laloo *et al.* (1999), utilizando dados da Organização Mundial de Saúde, referentes à cárie dentária entre 1981 e 1996 em vários países do mundo, e dados sócio-econômicos obtidos do United Nations Development Programme (UNDP), confirmaram a existência de relação entre cárie dentária e nível de desenvolvimento, constatando que países apontados como de transição socioeconômica (subdesenvolvidos) apresentavam escores mais elevados do índice CPO-D (média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos).

Se observarmos a mesma Tabela I, o grupo sob intervenção, com características semelhantes ao 2º grupo, ou seja, que não sofreu intervenção, verificamos uma prevalência de cárie dentária bem menor (9,83%). Isto nos faz acreditar que o acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades (WHO, 1997).

Segundo Brown (1987), a maior contribuição da educação para a saúde em programas de promoção da saúde consiste em sua propensão de facilitar as capacidades dos indivíduos para adquirir o máximo controle sobre suas vidas – o que supõe, necessariamente, intervir nas relações sociais sobre as quais as pessoas constroem suas vidas.

Rezende (1986) afirma que a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. A educação para a saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança.

Walter *et al.* (1998) enfatiza que a educação prévia dos pais determinando a não existência dos fatores de risco é, juntamente com a idade inicial de atendimento precoce, um

dos fatores mais importantes na prevenção da cárie dentária. Este mesmo autor, em 1991, realizou um levantamento epidemiológico em 267 crianças que participavam do programa na Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina, e obteve um índice de prevenção de cárie de 92,6%. Garbelini, neste mesmo ano, em Cambé, após 4 anos de implantação de programa semelhante ao da Bebê Clínica (UEL), encontrou um índice de prevenção de 92,3%. Estes resultados são semelhantes ao encontrado em nosso estudo (Tabela I) após 15 meses de intervenção, pois obtivemos um percentual de cárie nos bebês do grupo sob intervenção de 9,83%, ou seja, um índice de prevenção de 90,17%.

Isto nos faz refletir sobre o conceito de saúde (OMS, 1983) “A saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana, ou seja, nas escolas, no trabalho e no lazer. A saúde é resultado dos cuidados que dispensamos a nós mesmos e aos demais; da capacidade de tomarmos decisões e controlarmos a própria vida e de assegurarmos que a sociedade em que vivemos ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozarem de bom estado de saúde.”

Logo, os resultados encontrados nesta pesquisa sugerem que a saúde bucal de bebês, depende da qualidade e do acesso das mães a medidas educativas e preventivas e do reforço constante na construção deste conhecimento. Reflete, ainda, a necessidade de reorganização dos programas de saúde pública, por meio de medidas educativo/preventivas, voltadas à atenção básica de saúde. No entanto, estes resultados conduzem à necessidade de outros estudos, diante da grande importância do assunto frente à saúde bucal da população infantil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo levou-nos à constatação de que a adoção de medidas preventivas e educativas desde a mais tenra idade são fundamentais para a promoção da saúde bucal, revertendo, também, em benefícios para a saúde geral e melhora na qualidade de vida das pessoas.

Métodos eficientes de prevenção e controle da doença cárie já são bem conhecidos. Contudo, existe ainda a necessidade de mudanças na forma de abordagem desta doença. Tais mudanças implicariam em trabalhar com os seus fatores determinantes e não somente com seu caráter biológico, incluindo maior interação por parte das políticas de saúde, que passariam a entender a saúde bucal como parte de um todo. A utilização de medidas mais efetivas, reduziria as conseqüências da doença e permitiria estender o benefício a mais pessoas, com investimento muito menor.

Os bebês envolvidos neste estudo apresentaram acentuada redução no desenvolvimento de lesões cáries. Esta redução torna-se relevante, ao demonstrar que a metodologia empregada contribuiu para mudanças positivas nos cuidados maternos para com os seus filhos. Destaca-se, ainda, que a presença de hábitos saudáveis desde a primeira infância, em geral, são incorporados à rotina destas crianças, gerando benefícios por toda a vida.

Assim, aos 15 meses, a menor prevalência da doença cárie, nos bebês sob intervenção (9,83%), em comparação com o grupo sem intervenção (38,68%), demonstrou que:

- Apenas a informação ou conhecimento materno prévio sobre hábitos adequados, constatado através do questionário, não refletiu em atitudes saudáveis em relação à saúde bucal de seus filhos.
- O envolvimento materno com medidas educativas e preventivas, em programas de promoção da saúde bucal, podem determinar redução na prevalência da doença cárie em bebês.
- Ações educativas em programas de promoção da saúde bucal, aliadas ao reforço constante, desenvolveram habilidade e competência materna, estimulando o autocuidado em relação à saúde bucal de seus filhos.
- Integradas a um sistema de saúde de atenção básica, as ações educativas e preventivas, resultam em medidas de impacto significativo, de baixa complexidade e baixo custo.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A.D.; SANTOS, J.A. & BÖNECKER, M.J.S.; 1999. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de crianças de 0 a 36 meses do município de Vila Velha - ES. *JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, 2, 6:111-118.
- ALMEIDA FILHO, N.; 1994. Anotações sobre a história da Epidemiologia. In: *Epidemiologia e Saúde* (M. Z. Rouquayrol, org.), pp. 1-6, MEDSI.
- ALMEIDA FILHO, N & ROUQUAYROL, M.Z.; 1994. Fundamentos metodológicos da Epidemiologia. In: *Epidemiologia e Saúde* (M. Z. Rouquayrol, org.), pp. 157-183, MEDSI.
- BARBOSA T.R.C.L. & CHELOTTI, A.; 1997. Avaliação do conhecimento de aspectos da prevenção e educação em Odontologia, dentição decídua e oclusão, em gestantes e mães até 6 anos pós-parto, como fator importante na manutenção da saúde bucal da criança. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 13-17. número especial.
- BARROS, S. G.; CASTRO ALVES, A.; PUGLIESE, L.S. & REIS, S. R. A.; 2001. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 15, 3: 215-222.
- BATTELLINO, L.J.; CORNEJO L. S.; CATTONI, S. T. D.; YANKILEVICH. E. R. L. M.; CALAMARI, S. E.; AZCURA, A. I. & VIRGA, C.; 1997. Evaluación del estado de salud bucodental em pre escolares: estudio epidemiológico longitudinal (1993-1994), Córdoba, Argentina. *Revista Saúde Pública*, 31, 3: 272-281, jun. 1997.
- BENITEZ, C.; O’SULLIVAN, D. & TINANOFF, N.; 1994. Effect of a preventive approach for the treatment of nursing bottle caries. *Journal of Dentistry for Children*, 61, 1: 46-49.
- BEZERRA, A. C. B.; 1990. *Estudo clínico-epidemiológico de prevalência da cárie em crianças pré-escolares de 12 a 48 meses de idade*. Tese Doutorado, São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.
- BIXLER, D. & HARTSFIELD Jr. J. K.; 2000. Genética clínica na prática odontológica. In: *Odontopediatria* (R. E. McDonald & D. R. Avery), pp 60-75. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.
- BÖNECKER, M.J.S.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A.; GUEDES-PINTO, A.C. & WALTER, L.R. F.; 2000. Redução na prevalência e severidade de cárie dentária em bebês. *JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, 3, 14: 334-340.
- BORGES, E. S. M. T. & TOLEDO, O. A.; 1999. Prevalência de cárie em crianças de 0 a 5 anos. Avaliação após 5 anos de um programa preventivo. *Revista ABO Nacional*, 7, .5: 298-303.
- BRASIL.; 1988. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- BRATTHALL, D.; PETERSSON, G. H. & SUNDBERG, H.; 1996. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *European Journal of Oral Sciences*, 104: 416-422.

BROWN, E. R.; 1987. *Apud*: BUSS, P. M., (org.); 2000. *Promoción de la salud y la salud pública. Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro, Brasil.

BURTON, V. J.; ROB, M. I.; CRAIG, G. G. & LAWSON, J. S.; 1984. Changes in the caries experience of 12-year-old Sydney schoolchildren between 1963 and 1982. *The Medical Journal of Australia*, 140: 405-407.

BUSS, P. M. (org.); 2000. *Promoción de la salud y la salud pública. Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro, Brasil.

BUSS, P. M.; 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 1: 163-177.

CERQUEIRA, L. M.; ALVES, M. S.; BÖNECKER, M. J. & PINHO, A.L.S.; 1999. Estudo da prevalência de cárie e da dieta em crianças de 0 a 36 meses na cidade de Natal – RN. *JBP- Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, 2, 9: 351-356.

COSTA, D. C. & COSTA, N. R.; 1990. Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de John Snow. In: *Epidemiologia, Teoria e Objeto* (D. C. Costa, org.), pp. 167-202. Hucitec-Abrasco.

CUDZINOWSKI, L.; 1980. Le syndrome du biberon. *L'Union Medicale le du Canada*. 109: 853-855.

CUNHA, R. F.; DELBEM, A. C. B.; PERCINOTO, C. & SAITO, T.E.; 2000. Dentistry for babies: A preventive protocol. *Journal of Dentistry For Children*, 67, 2: 89-92.

DAVIES, M. J.; SPENCER, A. J. & SLADE, G. D.; 1997. Trends in dental caries experience of school children in Australia – 1977 to 1993. *Australian Dental Journal*, 42, 6: 389-394.

DEMO, P.; 1994. *Pesquisa e construção do conhecimento. Metodologia científica no caminho de Habermas*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro

DILLEY, G. J.; DILLEY, D. H. & MACHEN, J. B.; 1980. Prolonged nursing habit: a profile o patients and their families. *Journal of Dentistry for Children*, 47, 2: 102-108.

DOWNER, M. C.; 1996. The caries decline. A comment in light of the UK experience. *European Journal of Oral Sciences*, 104: 433-435.

FRANCO, S.R.K. Aprendizagem e construção do conhecimento. (mimeo).

FEBRES, C.; ECHEVERRI, E. A. & KEENE, H.J.; 1997. Parenteral awareness, habits, and social factors and their relationship to baby bottle tooth decay. *Pediatric Dentistry*, 19, 1: 22-27.

FEJERSKOV, O. & MANJI, F.; 1990. Risk assessment in dental caries . In: *Risk assessment in dentistry* (D. Baderj, org.), pp.215-217, Chapel Hill: University of North Carolina Dental College.

- FORATTINI, O. P.; 2000. A saúde pública no século XX. *Revista Saúde Pública*, 34, 3: 211-213.
- FRAIZ, F.C.; 1993. *Estudo das características da utilização de açúcar através da mamadeira, do primeiro contato com açúcar e do padrão de aleitamento em crianças de 0 a 36 meses, Curitiba*, Tese de Mestrado em Odontopediatria, São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.
- FRAIZ, F.C.; 1998. *Estudo dos fatores associados à cárie dentária em crianças que recebem atenção odontológica precoce. (Odontologia para bebês)*. Tese de Doutorado em Odontopediatria, São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.
- FRAZIER, P. J. & HOROWITZ, A. M.; 1990 Oral health education and promotion in maternal and child health : a position paper. *Journal of Public Health Dentistry*, 50, 6: 390-395.
- FREIRE, M. C. M., MELO, R. B. & SILVA.S.A.; 1996. Dental caries prevalence in relation to socio-economic status of nursery school children in Goiânia-Go, Brazil. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 5, 24: 357-361.
- GARBELINE, M.L.; CEZÁRIO, D.M.S.; JANENE, C. A. ; NAKAGAWA, M.C.S. & WALTER, L.R.F.; 1991. Avaliação do programa de odontologia para bebês no município de Cambé: controle e prevenção da cárie dentária, primeiros 30 meses. *Saúde em Debate*, 32:75-77.
- GARBOZA, C. S. & WALTER, L. R. F.; 1997. Estudo da prevalência de cárie numa população de 0 a 5 anos atendida precocemente pela Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina. *Semina*. 18: 51-54. Edição especial.
- GIAMARCHI, M. M. & JASMIM, J. R.; 1990. Le syndrome du biberon. *Pédiatrie*, 45: 485-489.
- GOMES, M. A. S. M., 1995. *Aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto através da percepção das usuárias*. Tese de Mestrado em Saúde da Criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.
- GOMES, M. P.; SOUZA, I. P. R.; MODESTO, A. & RUSCHEL, H. C.; 1996. Fatores envolvidos no desenvolvimento da cárie de amamentação. *Associação Paulista de Cirurgias Dentistas.*, 50, 6: 497-501.
- GOMEZ, S. S. & WEBER, A. A.; 2001. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 11: 117-122.
- GOOSE, D. H. & GITTUS. E.; 1968. Infant feeding methods and dental caries. *Public Health*, 82, 2: 72-76.
- HABIBIAN, M.; ROBERTS, G.; LAWSON, M.; STEVENSON, R. & HARRIS, S.; 2001. Dietary habits and dental health over the first 18 months of life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29, 4: 239-246.

- HAMILTON, F. A.; DAVIS, K.E. & BLINKHORN, A. S.; 1999. Na oral health promotion programme for nursing caries. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 9: 195-200.
- HENNON, D. K.; STOOKEY, G. K. & MULLER, J. C.; 1969. A survey of prevalence and distribution of dental caries preschool children. *Journal of the American Dental Association*, 79: 1405-1414.
- HOLT, R. D.; WINTER, G. B.; FOX, B. & ASKEW, R.; 1985. Effects of dental health education for mothers with young children in London. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 13, 3:148-151.
- HOROWITZ, A.; 1994. Seminário Internacional “Saúde bucal para todos”. *ABOPREV*, 8-9. [s/l].
- HYSSALA, L.; OIKARINEN, K.; RAUTAVA, P.; PAUNIO, P. & SILLANPÄÄ, M.; 1990. Dental health behavior in fathers of young families in Finland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 20, 3:125-129.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1998. Odontologia no Brasil. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) Ministério da Saúde-Brasil. <<http://www.cirurgiaodentista.org>.
- ISMAIL, A. I.; 1998. Prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26, 1: 49-61.
- JAMES, P. M. C.; PARFITT, G. J. & FALKNER, F.; 1957. A study of the etiology of labial caries of the deciduous incisor teeth in small children. *British Dental Journal*, 2:37-40.
- JORNAL DE OPINIÃO, 1995. Visão cristã da atualidade. Publicação da FUMARC – FUNDAÇÃO MARIANA RESENDE COSTA. Belo Horizonte, 20 a 26 de março, n. 303.
- JORNAL DE OPINIÃO, 1995 – Visão Cristã da Atualidade – Publicação da FUMARC – FUNDAÇÃO MARIANA RESENDE COSTA. Belo Horizonte, 24 a 30 de abril, n. 308.
- KAWABATA, K.; KAWAMURA, M.; SASAHARA, H.; MORISHITA, M.; BACHCHU, M. A. H. & IWAMOTO, Y.; 1997. Development of an oral health indicator in infants. *Community Dental Health*. 14: 79-83.
- KEYES, P. H.; 1960. The infections and transmissible nature of experimental dental caries. *Archives of oral biology*, 1, 4: 304-320.
- KEYES, P. H., 1962. Recent advances in dental caries research Bacteriology. *International Dental Journal*, 12, 4: 443-464.
- KICKBUSCH, I., 1996. In: *Promoción de la salud: una antologia* (OPS, org.), pp. 557, Washington, D.C.
- KROLL, R. G. & STONE, J. H.; 1967. Nocturnal bottle-feeding as a contributory cause of rampant dental caries in the infant and young child. *Journal of Dentistry for Children*, 34, 6: 454-459.

- KOMORI, R. M. M.; FAZZI, R.; CORRÊA, M. S. N. P. & BRUNNER, V.; 1991. A necessidade de prevenção da cárie nas crianças. *Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas*, 45, 4: 557-559.
- LALLOO, R.; MYBURGH, N.G. & HOBDELL, M. H.; 1999. Dental caries, socio-economic development and national oral health policies. *International Dental Journal*, 49, 4:196-202.
- LALONDE, M.; 1996. El concepto de “campo de la salud”: uma perspectiva canadiense. In: *Promoción de la salud: uma antologia* (OPS, org.), pp. 3-5, Washington, D.C.
- LEAVELL, H. & CLARK, E. G.; 1976. *Apud*: BUSS, P. M.; 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 1: 163-177.
- LOW, W.; TAN, S. & SCHWARTZ, S.; 1999. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatric Dentistry*, 21, 6: 325-326.
- MALTZ, M.; 1996. Cariologia. In: *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica* (O. A. Toledo), pp. 105-133, São Paulo: Editora Premier.
- MASSAO, J. M.; SUED, M. L.; GIORDANO, D. V.; GAMA, R. S.; SANTOS, R.A. & CARNEIRO, A. A.; 1996. Filosofia da clínica de bebês da Unigranrio-RJ. *Revista Brasileira de Odontologia*, 53, 5: 6-13.
- Mc DONALD, R. E.; 1977. *Odontopediatria*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- MEDEIROS, U. V.; 1993. Atenção odontológica para bebês. *Revista Paulista de Odontologia*, 15, 6: 18-27.
- MEDEIROS, U. V.; SOUZA, M. I. C. & FONSECA, C. T.; 1998. Prevalência de cáries em pacientes bebês. *JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*. 1, 3: 23-34.
- MILLER, M. C. & TRUHE, T. F.; 1995. Preventive dentistry for pediatric patients. *Califórnia Dental Association Journal*, 2:42-44.
- MILIO, N. & KATZ, M.; 1983. Promoting health through public policy. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 8, 1: 176-177.
- MINAYO, M. C. S. (org.), 1998. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Rio de Janeiro. Ed. Vozes.
- MORAES, A. B. A.; POSSOBON, R. F. & ORTIZ, C. E.; 2000. Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programas de assistência odontopediátrica na primeira infância. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 14, 3: 287-293.
- MORINUSHI, S.; 1980. An evaluation of the dental health examination and guidance for one half year old children as Public Dental Health Service. *Japanese Journal of Pedodontics*, 3: 485-501.
- MORITA, M. C.; WALTER, L. R. F. & GUILLAIN, M.; 1993. Prevalence de la carie dentaire chez des enfants brésiliens de 0 a 36 mois. *Journal d’Odonto Stomatologie Pédiatrique*, 3, 1: 19-28.

- NADANOVSKY, P.; 2000. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: *Saúde Bucal Coletiva (V.G. Pinto)*, pp 293-310. São Paulo: Editora Santos.
- NADANOVSKY, P.; 2000. O declínio da cárie. In: *Saúde Bucal Coletiva (V.G. Pinto)*, pp 341-349. São Paulo: Editora Santos.
- NAKAMA, L.; 1994. *Educar prevenindo e prevenir educando: odontologia no primeiro ano de vida*. Dissertação de Mestrado, Londrina: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Londrina.
- NOWAK, A. J. & ANDERSON, J. L.; 1990. Preventive dentistry for children: a review from 1968-1988. *Journal of Dentistry for Children*, 57, 1: 31-37.
- ORLAND, F. J.; BLAYNEY, J. R.; HARRISON, R. W.; REYNIERS, J.A.; TREXLER P. C.; ERVIN, R. F.; GORDON, H. A. & WAGNER, M.; 1955. Experimental Caries in germifacial rats inoculated with enterococci. *The Journal of American Dental Association*, 50, 3: 259-272.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1996). *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C.
- PAUNIO, P.; RAUTAVA, P.; SILLANPÄÄ, M. & KALEVA, O.; 1993. Dental health habits of 3-year-old Finnish children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21, 6: 4-7.
- PERES, M. A. A. & ROSA A. G. F.; 1995. As causas da queda da cárie. *RGO*, 43, 3: 160-164.
- PETERSSON, G. H. & BRATTHAL, D.; 1996. The caries decline: a review of reviews. *European Journal of Oral Sciences*, 104: 436-443.
- PIAGET, J.; 1978. *A epistemologia genética*. São Paulo, Editora Martins Fontes.
- PIAGET, J. et al. 1995. *Abstração reflexionante. Relações lógico-aritméticas e ordem das relações espaciais*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- PINTO, V. G.; 1997. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: *ABOPREV. Promoção de saúde bucal (L. Kriger, org.)*, pp. 27-41, Artes Médicas.
- PINTO, V. G.; 2000. Educação em saúde bucal. In: *Saúde bucal coletiva (V. G. Pinto, org.)*, pp. 311-317, Livraria Editora Santos.
- RESENDE, A.L.M.; 1986. *Saúde dialética do pensar e do fazer*. São Paulo, Editora Cortez.
- ROUQUAYROL, M. Z.; 1994. Distribuição das doenças e dos agravos à saúde coletiva. In: *Epidemiologia & Saúde (M. Z. Rouquayrol, org.)*, pp. 77-155, MEDSI.
- SCARPELLI, B. B.; RICIOLI, S.R. & WALTER, L. R. F.; 1996. Programa de atenção precoce à saúde bucal. Londrina : Universidade Estadual de Londrina, Bebê-clínica.
- SERINO, R. J. & GOLD, S. B.; 1997. Infant and early childhood oral health care. *A New York State Dental Journal*, 2: 34-35.

- SILVA, L. C.; LOPES, M. N. & MENEZES, J. V. N. B.; 1999. Postura de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba – PR em relação à saúde bucal de seus futuros bebês. *JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, 2, 8: 262-266.
- STEWART, D.C.L.; ORTEGA, A. N.; ALOS, V.; MARTIN, B.; DOWSHEN, S. A. & KATZ, S. H.; 1999. Utilization of dental services and preventive oral health behaviors among preschool-aged children from Delaware. *Pediatric Dentistry*, 21, 7: 403-408.
- TERRIS, M.; 1992. *Apud*: BUSS, P. M.; 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 1: 163-177.
- VALLA, V. V., 2000. *Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 4, 7: 37-60. Botucatu, SP: Fundação UNI
- YANKILEVICH, E. R. L. M.; CATTONI, S. T. D.; CORNEJO, L. S. & BATTELLINO, L. J.; 1993. Distribución de la caries dental em niños preescolares en una región urbana, Argentina, 1992. *Revista Saúde Pública*, 27, 6: 436-444.
- WALTER, L.R.F. 1985. *Odontologia no primeiro ano de vida. Relatório 1 – primeiro semestre*, FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos) Universidade Estadual de Londrina.
- WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; HOKAMA, M.; PELANDA, V. L. G.; FRANCO, M. P. S. & IEGA, R.; 1987. Cárie em criança de 0 a 30 meses de idade e sua relação com hábitos alimentares. *Enciclopédia Brasileira Odontologia*, 5: 129-136.
- WALTER, L.R.F.; GARBELINE, M.L. & GUTIERREZ, M.C.; 1991. Bebê-Clínica: a experiência que deu certo. *Divulgação em Saúde para Debate*, 6: 65-68.
- WALTER, L. R. F. & NAKAMA, L.; 1992. Pacientes de alto índice de cárie x pacientes de alto risco. Qual a conduta? In: *Atualização na clínica odontológica: o dia a dia do clínico geral*. (M. A. Bottino , coord), pp. 251-258, São Paulo, Artes médicas.
- WALTER, L.R.F. & NAKAMA, R.; 1998. Prevenção da cárie dentária através da identificação, Determinação e controle dos fatores de risco em bebês – Parte I. *JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, 1, 3: 91-100.
- WAMBIER, D. S. & DELIGA, A. G.; 1995. Estudo da prevalência da cárie dentária em bebês. *Publication UEPG. Ciências Biológicas e da Saúde*, 3, 3: 7-14.
- WANDERLEY, M. T.; NOSÉ, C. C. & CORRÊA, M.S.N.P.; 1999. Educação e motivação na promoção da saúde bucal. In: *Odontopediatria na 1ª infância* (M.S.N.P. Corrêa.; org.), pp. 389-402, São Paulo: editora Santos.
- WEINTRAUB, J. A.; 1998. Prevention of early childhood caries: a public health perspective. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26, 1: 62-66.
- WINTER, G. B.; RULE, D. C.; MAILER, G. P.; JAMES, P. M. C. & GORDON, P. H.; 1971. The prevalence of dental caries in pre-school children aged 1 to 4 years. Part 1 – etiological factors. *British Dental Journal*, 130, 7: 271-277.

WHO (World Health Organization), 1986. *The Ottawa Charter for health promotion*. Health Promotion 1, III-v, Geneva: WHO

WHO (World Health Organization) 1988. *The Adelaide Recommendations, healthy public policy*. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen:WHO

WHO (World Health Organization), 1991. *To create supportive environments for health*. The Sundsvall Handbook, Geneva: WHO

WHO (World Health Organization), 1997. *Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI*, Indonésia: WHO.

WYNE, A.; DARWISH, S. ; ADENUBI, J.; BATTATA, S. & KHAN, N; 2001. The prevalence and pattern of nursing caries in Saudi preschool children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 11:361-364.

ZUANON, A . C. C.; MALAGOLI, D. M. & GIRO, E. M. A .; 1999. A importância do reforço constante na motivação do paciente. *JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, 2, 9: 391-396.

ANEXOS

ANEXO I – OFÍCIO CIRC. PESQ. 02/02 - UEPG



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DIVISÃO DE PESQUISA

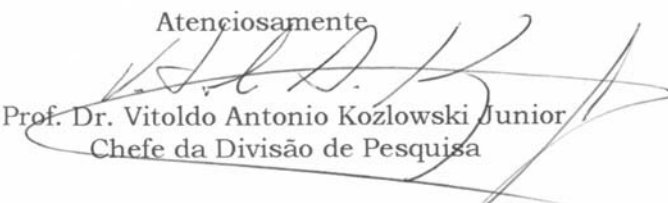
Of. Circ. Pesq. 02/02

Ponta Grossa, 15 de fevereiro de 2002.

Prezada Professora,

Comunicamos que o Protocolo de Pesquisa “ Promoção da Saúde Bucal através da educação. Estudo em bebês na cidade de Ponta Grossa, sob sua coordenação foi aprovado pela PROPESP, para ser desenvolvido no período de março de 2000 a fevereiro de 2002.

Atenciosamente


Prof. Dr. Vitoldo Antonio Kozlowski Junior
Chefe da Divisão de Pesquisa

Ilma Senhora
Profª Eunice Kuhn
Departamento de Odontologia
Nesta Universidade

ANEXO II**DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO TRATAMENTO
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

De acordo com a Res. Número 01 de 13 de junho de 1988 do Conselho Nacional de Saúde.

Srs. Pais ou Responsáveis:

Seu filho está convidado a participar de uma pesquisa científica, portanto, este documento destina-se a prestar maiores esclarecimentos sobre a mesma. O objetivo é estabelecer programas de Odontologia na saúde pública, voltados à promoção da saúde bucal desde os primeiros anos de vida. Justifica-se, na medida em que representa uma necessidade de mudança nos programas de saúde pública, com possibilidade de impacto significativo nos índices epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira.

Seu filho será examinado por profissionais especialistas em suas áreas, de acordo com técnicas cientificamente comprovadas e recomendadas e, se necessário, receberá tratamento condizente com sua patologia. Isto inclui exame clínico, limpeza da cavidade bucal, aplicações tópicas de flúor e tratamento restaurador, de acordo com suas necessidades.

O material utilizado para a referida pesquisa será fornecido pela pesquisadora e seu filho receberá acompanhamento por um período de 15 meses. Após esta etapa, passará a ser atendido normalmente na disciplina de Odontologia Preventiva e Sanitária da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

A criança não será identificada, e o tratamento poderá ser suspenso a qualquer momento, desde que o responsável pela mesma assim o decida, sem quaisquer implicações significativas.

AUTORIZAÇÃO

Por meio deste instrumento de autorização, por mim assinado dou pleno consentimento à UEPG e a autora desta pesquisa, para que realize exame clínico, planejamento e tratamento no (a) paciente:

de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo de sua Especialidade, concordo com o que foi apresentado.

Autorizo, também, a obtenção de todo e qualquer material para fins científicos e didáticos, que serão de propriedade da mesma.

Ponta Grossa, ____ de _____ de _____.

(Assinatura)

Nome: _____

RG _____

ANEXO III
QUESTIONÁRIO 1

QUESTIONÁRIO: Nº

Local

Data:

Nome da Mãe: Idade:

Nº de Filhos : Idade dos Filhos :

Nome do Bebê : Data/Nascimento:

Endereço: Bairro:

Fone: Fone para Recado:

Escolaridade da mãe :

1º Grau Completo Nível Superior ou 3º Grau Completo

2º Grau Completo Não concluiu o 1º Grau

Profissão da mãe: Renda Familiar:

Se trabalha, com quem deixa seu (s) filho (s):

Pai Avós Vizinha ou amiga Parentes

Creche Irmãos mais velhos

1 Você tem dor em seus dentes? Sim Não

2 Você sabe porque dói? Sim Não

3 A sua gengiva sangra ao escovar? Sim Não

4 Você usa próteses? Sim Não

5 Usa Dentadura? Superior Inferior

6 Usa prótese parcial Fixa Removível

7 Costuma higienizar suas próteses? Sim Não

8 Escova seus dentes regularmente? Sim Não

9 Quantas vezes escova seus dentes diariamente?

1 vez ao dia 2 vezes ao dia 3 vezes ao dia

nenhuma só antes de dormir após as principais refeições

10 Costuma ir ao Dentista? Sim Não

1 vez ao ano 2 vezes ao ano Quando sente dor Raramente

11 Procura atendimento no Posto de Saúde, UEPG, ABO, Pronto Socorro? Sim Não

12 Já recebeu informações a respeito da saúde de sua boca? Sim Não

Pelo Dentista Posto de Saúde ou Serviço Público

Amigos ou Parentes Televisão / Rádio

13 Os dentes e a boca do seu filho são limpos? Sim Não

14 Como é feita esta limpeza?

- Com fralda ou gaze úmida
 Com fralda ou gaze (água + água oxigenada)
 Com escova dental
 Outro Método:
- 15 Quantas vezes realiza esta limpeza?
 1 vez 2 vezes 3 vezes antes de dormir
 após as principais refeições raramente ele mesmo faz
- 16 Você usa fio dental com frequência? Sim Não
- 17 Quantas vezes usa ao dia?
 1 vez 2 vezes 3 vezes raramente
- 18 Utiliza fio dental para higienizar a boca de seu filho?
 Sim Não
- 19 Com que frequência?
 1 vez ao dia 2 vezes ao dia 3 vezes ao dia raramente
- 20 Já ouviu falar do flúor? Sim Não
- 21 Costuma usá-lo em seu filho? Sim Não
- 22 Como você utiliza este flúor, em seu filho?
 Bochecho Comprimido Gotas Aplicação tópica com cotonetes
- 23 Já teve informações que o açúcar causa cáries? Sim Não
- 24 Você costuma controlar os alimentos açucarados entre as suas refeições?
 Sim Não
- 25 E de seu filho? Sim Não
- 26 Amamenta seu filho? Sim Não
 Peito Mamadeira Misto
- 27 Costuma amamentá-lo durante à noite? Sim Não
- 28 Com que frequência o faz?
 1 vez 2 vezes 3 vezes ou mais
- 29 Até que idade costuma amamentar seu(s) filho(s)?
 menos de 6 meses 6 meses 9 meses
 1 ano 1.5 ano 2 anos ou mais
- 30 Costuma levar seu(s) filho(s) ao Dentista? Sim Não
- 31 Onde você procura este atendimento?
 Dentista Particular Posto de Saúde
 Dentista da Escola UEPG
 A B O Pronto Socorro

ANEXO IV
MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Mamãe!

A saúde do seu filho depende de você.

- *Amamente o seu bebê no seio, pelo menos até o 6º mês, se possível, até os 12 meses.*
- *Por volta do 6º mês, os primeiros dentes poderão apontar. Nesta ocasião, o bebê não necessitará de mamadas “tão freqüentes”, pois a ingestão constante de alimentos, principalmente açucarados, poderá ocasionar a cárie.*
- *Procure regularizar o horário da sua alimentação. Evite fornecer alimentos durante a madrugada (mamadeira, peito, chá e outros), pois a amamentação noturna poderá causar a “cárie de mamadeira”.*
- *À noite, após a última alimentação, limpe toda a boca do seu bebê para retirar resíduos de alimentos das bochechas, gengivas e primeiros dentes. Faça desta maneira:*
 - *molhe a gaze ou fralda limpa em água fervida ou filtrada, esfregue nos dentes e em toda a boca, inclusive língua.*
 - *passe o cotonete na pasta de dente e esfregue sobre todos os dentes.*
 - *após o aparecimento dos primeiros molares (dentes de traz), utilize uma escova infantil macia, com uma quantidade mínima de pasta e faça movimentos vibratórios sobre os dentes. Comece a utilizar também o fio dental.*

***Não se esqueça:** leve seu filho constantemente ao Dentista. O atendimento odontológico pode ser realizado no seu bebê.*

Atenção: o uso prolongado de chupetas e dedo pode modificar a posição normal dos dentes. Evite esse hábito.

RETORNO DO BEBÊ AO ATENDIMENTO CLÍNICO.

DIA	HORA	LOCAL

ANEXO V
FICHA CLÍNICA (Grupo sob intervenção)

FICHA CLÍNICA

LOCAL:

GRUPO:

Nº DA FICHA:

NOME DO BEBÊ :

DATA NASC:

SEXO:

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

FONE:

FONE P/RECADO



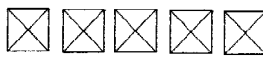

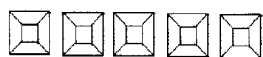



1º EXAME CLÍNICO DATA:

TOTAL DE DENTES ERUPCIONADOS :

TOTAL DE DENTES EM ERUPÇÃO :

TOTAL DE DENTES COM LESÕES BRANCAS:

TOTAL DE DENTES COM CAVIDADES :

2º EXAME CLÍNICO DATA:

TOTAL DE DENTES ERUPCIONADOS:

TOTAL DE DENTES EM ERUPÇÃO :

TOTAL DE DENTES COM LESÕES BRANCAS:

TOTAL DE DENTES COM CAVIDADES:

TOTAL DE DENTES RESTAURADOS:

REGISTRO DE PLACA:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3º EXAME CLÍNICO DATA:

TOTAL DE DENTES ERUPCIONADOS:

TOTAL DE DENTES EM ERUPÇÃO :

TOTAL DE DENTES COM LESÕES BRANCAS:

TOTAL DE DENTES COM CAVIDADES:

TOTAL DE DENTES RESTAURADOS:

REGISTRO DE PLACA:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4º EXAME CLÍNICO DATA:







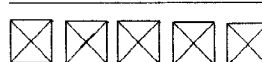
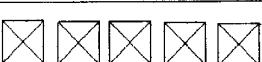
TOTAL DE DENTES EM ERUPÇÃO

TOTAL DE DENTES COM LESÕES BRANCAS:

TOTAL DE DENTES COM CAVIDADES:

TOTAL DE DENTES RESTAURADOS:

REGISTRO DE PLACA :

5º EXAME CLÍNICO DATA:

TOTAL DE DENTES ERUPCIONADOS:





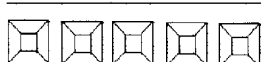

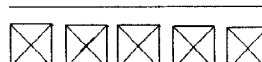
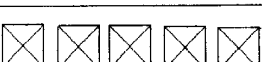
TOTAL DE DENTES EM ERUPÇÃO :

TOTAL DE DENTES COM LESÕES BRANCAS:

TOTAL DE DENTES COM CAVIDADES:

TOTAL DE DENTES RESTAURADOS:

REGISTRO DE PLACA:

ANEXO VI
FICHA CLÍNICA (Grupo sem intervenção)

UNIDADE :

GRUPO:

Nº DA FICHA:

NOME DO BEBÊ:

DATA NASC:

SEXO:

EXAME CLÍNICO

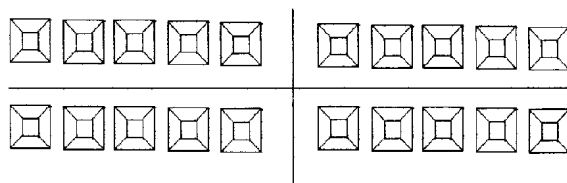
TOTAL DE DENTES ERUPCIONADOS:

TOTAL DE DENTES EM ERUPÇÃO :

TOTAL DE DENTES COM LESÕES BRANCAS:

TOTAL DE DENTES COM CAVIDADES:

TOTAL DE DENTES RESTAURADOS:



ANEXO VII
QUESTIONÁRIO 2

Local:	Data:			N
Nome da mãe:				
Nome do bebê:	Idade:			
1- Amamentou seu filho até que idade?	Meses	Anos		
2- Como foi feita a amamentação?	Seio	Mamadeira	Ambos	
3- Qual o motivo do desmame no peito?				
4- Continua amamentando seu filho?	Sim	Não		
5- Como é feita a amamentação?	Seio	Mamadeira	Ambos	
6- Se na mamadeira, qual seu conteúdo?	Leite bovino adic. mel adic. chocol .	leite form. (pó) adic. far. lact. adic. maizena	chás adic. nescau Outros:	
7- Costuma amamentá-lo durante à noite?	Sim	Não		
8- Com que frequência o faz?	1 vez	2 vezes	3 ou + vezes	
9- Ele faz uso de outros tipos de alimento?	Sim	Não		
10-Descreva os alimentos mais consumidos por seu filho:				
11- Quantas refeições ele faz durante o dia?	1 refeição	2 refeições	3 ou + refeição	
12- Costuma mamar entre as refeições?	Sim	Não		
13- Costuma ingerir outros alimentos entre as refeições? Quais:	Sim	Não		
15- Costuma higienizar os dentes de seu filho após as refeições?	Sim	Não		
16-Quantas vezes?	1 vez	2 vezes	3 ou + vezes	
17- Costuma higienizar os dentes de seu filho entre as refeições?	Sim	Não		
18- Costuma higienizar os dentes de seu filho à noite antes de deitar?	Sim	Não		
19- Costuma higienizar os dentes de seu filho durante à noite após cada mamada?	Sim	Não		