

Ana Rosa Murad Szpilman¹
Francine Gama Martins²
Carolina Jantorno³
Esdras Zorzaneli Coutinho Junior³
Luciene Rocha da Silva³
Natália Costa Sylvestre³
Dominik Lenz⁴
Kalline Pereira Aroeira⁵
Denise Coutinho Endringer⁶

Oral health condition in zero to two years old children inserted in the family health strategy (FHS)

Condição de saúde bucal de crianças de zero a dois anos de idade inseridas na estratégia saúde da família (ESF)

ABSTRACT | *Introduction: Several collective actions were created by the dentists and nurses focusing in the children's health, in the Puericulture and Maternal Breastfeeding Program. Through mother and children's meetings, the multiprofessional work team gives support, follow-up, orientation, education and realizes the assisted population health maintenance. Objective: Analyze the oral health condition of the zero to two years old children inserted with their mothers in the Puericulture and Maternal Breastfeeding Program. Methodology: Quantitative approach, descriptive and exploratory study, with adherence sampling. Forty-one children between zero and two years old were evaluated, through clinical exam and data annotation in a medical record. The results analysis was realized through Epi Info 3.5.2 program, through linear regression and P-value evaluation. Results: When the plaque index was analyzed, it wasn't found statistical significance in relation to Family income and who takes care of the child. However, in relation to the schooling level, there was a statistical significance, in a way that as much higher the schooling level was, lower the plaque index came out. Relating to malocclusion, there wasn't a statistical significance in relation to vicious habits presence. Conclusion: This study results analysis demonstrated that the Puericulture and Maternal Breastfeeding Program has being effective in informing and transmitting knowledge to the mothers about the importance of their children oral hygiene cares.*

Keywords | *Family health program; Health education; Oral health.*

RESUMO | *Introdução: Diversas ações coletivas foram criadas por cirurgiões-dentistas e enfermeiros com foco na saúde das crianças, dentro do Programa de Puericultura e Aleitamento Materno. Por meio de encontros com mães e crianças, a equipe multiprofissional dá apoio, acompanhamento, orientação, educação e manutenção da saúde à população assistida. Objetivo: Analisar a condição de saúde bucal das crianças de zero a dois anos de idade, inseridas juntamente com suas mães no Programa de Puericultura e Aleitamento Materno. Metodologia: Abordagem quantitativa, estudo descritivo e exploratório, com amostragem por adesão. Foram avaliadas 41 crianças, entre zero e dois anos, pelo exame clínico e anotação dos dados em uma ficha clínica. A análise dos resultados foi realizada pelo Programa Epi Info 3.5.2., pela regressão linear e avaliação do p-valor. Resultados: Quando analisado o índice de placa, não foi encontrada significância estatística em relação à renda familiar e ao responsável pelo cuidado da criança. No entanto, em relação ao nível de escolaridade, houve significância estatística: quanto maior o nível de escolaridade, menor foi o índice de placa. Para as maloclusões, não houve significância estatística em relação à presença de hábitos viciosos. Conclusão: A análise dos resultados deste estudo demonstra que o Programa de Puericultura e Aleitamento Materno tem sido eficaz em informar e conscientizar as mães da importância dos cuidados com a higiene bucal de suas crianças.*

Palavras-chave | *Programa Saúde da Família; Educação em saúde; Saúde bucal.*

¹Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes); professora adjunta do Curso de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV), Vitória, Brasil.

²Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família pelas Faculdades Integradas Espírito-Santenses (Faesa), Vitória, Brasil; dentista da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Unidade de Saúde da Família Vila Nova, Vila Velha, Brasil.

³Alunos de Graduação do Curso de Odontologia da Universidade Vila Velha (UVV), Vila Velha, ES.

⁴Doutor em Veterinária pela Universität Leipzig (Alemanha); professor titular da Universidade Vila Velha (UVV), Brasil.

⁵Doutora em Educação pela Universidade de São Paulo (USP); professora titular da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Brasil.

⁶Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Minas Gerais (Ufmg); professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (Ifes); professora titular da Universidade Vila Velha (UVV), Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é adotada por diversas prefeituras como estratégia de organização de seus serviços para prestar assistência à população. Como prioridade, a ESF desenvolve ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos usuários, inserindo-os, de modo humanizado, na sociedade, de forma integral e contínua³.

Nas décadas de 80 e 90, a Odontologia do Sistema Único de Saúde (SUS) era destinada basicamente à população escolar e ao atendimento às urgências dos demais grupos populacionais. Em 2000, o Ministério da Saúde (MS), com o intuito de ampliar o acesso dos usuários às ações básicas de saúde bucal, promoveu a inclusão da Saúde Bucal na ESF³.

Assim sendo, desde a sua inclusão, a Odontologia tem ganhado espaço no âmbito da ESF, pois tornou-se uma ferramenta importante para organizar a demanda odontológica, tanto preventiva quanto curativa, levando em consideração o levantamento epidemiológico de cada área cadastrada pelo programa¹⁶.

Dentro das atividades desenvolvidas pelo cirurgião-dentista na ESF, a educação em grupos tem sido frequente, pois 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 também da existência de um interesse comum à maioria¹⁶.

Em uma pesquisa desenvolvida em Porto Alegre/RS, os pesquisadores concluíram que os pais das crianças (ou os responsáveis) da população local não tinham conhecimentos adequados sobre a saúde bucal na primeira infância. Dessa forma, ficou claro que se devem priorizar as ações educativas voltadas para esse público na atenção primária à saúde, pois as famílias têm um grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal das crianças¹¹.

Historicamente, a Odontologia é marcada pelo atendimento de crianças a partir dos seis anos de idade, deixando para um segundo plano a atenção voltada para a gestante e para o bebê (faixa de zero a três anos de idade)¹⁰. Atualmente, tanto em clínica privada como também em pública, constata-se que a prevenção das doenças bucais deve ter início o mais precocemente possível^{10,18}, ainda durante a gestação (a chamada Odontologia intrauterina ou pré-natal)¹⁰. Durante o período gestacional, a atenção odontológica tem como objetivo maior desenvolver um programa educativo para os pais, com o intuito de promover a saúde bucal do bebê¹⁰.

As ações de incentivo à saúde bucal infantil se fundamentam num ativo envolvimento dos pais e responsáveis, estando muito ligadas aos programas da área materno-infantil e ao

trabalho em Pediatria de maneira geral¹⁴, acostumando a criança com a manipulação da boca e a sensação de “boca limpa”¹⁸, de tal forma que haja a intensificação do cuidado com a saúde bucal do bebê no meio familiar, possibilitando dimensionar a condição de saúde bucal da família¹⁶. É notório que a atenção ao bebê possibilita manter a saúde antes mesmo de prevenir a doença, o que representa uma possibilidade prática de promoção de saúde bucal, altamente abrangente, simples, eficaz, além de ser de baixo custo¹⁰.

A partir do trabalho de educação em saúde, desenvolvido pelos profissionais de saúde no pré-natal, a mulher poderá atuar como agente multiplicador de informações preventivas e de promoção da saúde bucal se bem informada e conscientizada sobre a importância de seu papel na aquisição e manutenção de hábitos positivos de saúde no meio familiar¹⁸. Informações relevantes sobre a atenção à saúde bucal em gestantes apontam a educação em saúde como estratégia de promoção da saúde bucal¹⁸.

Reforçando a importância da educação em saúde como forma de promover uma melhor condição de saúde bucal, uma pesquisa realizada na Polônia, com 30 crianças (entre 10 e 14 anos), que utilizavam aparatos ortodônticos fixos, demonstrou que a ação educativa de fato diminuiu o índice de placa, o que determina a importância de atividades de cunho educativo para a prevenção e promoção da saúde bucal, em especial das crianças²⁰.

Assim sendo, esta pesquisa teve como objetivo analisar a condição de saúde bucal das crianças de zero a dois anos de idade que estão inseridas, juntamente com suas mães, no Programa de Puericultura e Aleitamento Materno, conduzido pelos profissionais da área de Odontologia e Enfermagem na Unidade de Saúde da Família de Vila Nova, do município de Vila Velha, Espírito Santo, Brasil.

METODOLOGIA |

A pesquisa seguiu uma abordagem quantitativa, tipo de estudo descritivo e exploratório, no intuito de quantificar opiniões, dados, na forma de coleta de informações, mas também pelo emprego de recursos e técnicas estatísticas. Utilizou-se a amostragem por adesão, em que toda a população é abordada e convidada a fazer parte da pesquisa como participante. Tem como amostra final os membros da população que compareceram e concordaram em participar do estudo⁴.

O primeiro passo realizado foi o contato com todos os agentes comunitários de saúde (ACS) da Unidade de Saúde de Vila Nova, no município de Vila Velha/ ES, solicitando

a listagem das crianças de suas respectivas microáreas. Com as listagens em mãos, deu-se início à confecção do convite a ser utilizado pelos ACS para entregar a cada família de cada criança. Criou-se um banco de dados referente às crianças de todos os agentes de ambas as equipes. Organizou-se o agendamento dos dias de coleta de dados, quando as crianças seriam examinadas. Os convites foram impressos, preenchidos, organizados em envelopes e entregues aos ACS. O número de crianças convidadas foi o total do universo pesquisado, ou seja, 131 crianças.

O período de coleta ocorreu durante todo o mês de maio de 2011. Foram disponibilizados horários diversificados, tanto no período matutino quanto no vespertino, ampliando a margem de disponibilidade dos responsáveis de comparecerem, além de alguns casos pontuais em que foi realizada visita domiciliar, como último recurso, quando nenhuma das tentativas anteriores funcionaram.

Ao final da coleta, das 131 crianças convidadas, compareceram, de fato (e os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), 41 crianças, representando a amostra final do presente estudo.

O exame na cavidade bucal das crianças foi realizado apenas pela pesquisadora principal, evitando qualquer desvio. A técnica utilizada para o exame das crianças foi o Sistema Joelho-Joelho (knee-knee), que consiste em formar a “mesa de exame” numa posição de joelho a joelho, com um dos pais e o profissional sentados de frente um para o outro, e a criança com a cabeça apoiada no colo do dentista, medida que pode ser usada como alternativa para exame e procedimentos em situações especiais e/ou ocasionais²⁴.

Utilizou-se o foco do próprio equipo do consultório para exame das crianças, para auxiliar na visualização da cavidade bucal. Verificou-se a condição de higiene bucal, a presença de mancha branca, lesão de cárie, maloclusão, a quantidade de dentes presentes, ausentes e em erupção, a integridade geral da condição bucal. O responsável foi questionado acerca da renda familiar, da escolaridade da mãe, dos hábitos viciosos, hábitos alimentares, hábitos de higiene bucal, condição matrimonial dos pais, responsabilidade pelo cuidado da criança, buscando-se saber se é exclusiva da mãe, ou se há alguma outra parte envolvida, acrescentando a questão de a mãe ter um emprego formal, fora de seu domicílio.

Durante o exame e os questionamentos, também se procedeu à orientação de todos os aspectos pertinentes à faixa etária, como hábitos alimentares, hábitos de higiene bucal, hábitos viciosos, entre outros aspectos.

O instrumento de pesquisa utilizado foi o odontograma, que

é um item fundamental de uma ficha clínica odontológica. Ele funciona como um tipo de mapa, no qual se descrevem as alterações que houver na cavidade bucal do paciente, utilizando-se um modelo de odontograma ou prontuário odontológico para registro e guarda dos dados coletados.

Após a coleta dos dados, os resultados foram analisados com a utilização do *software* Epi Info versão 3.5.2. Primeiramente, foi realizada a análise da frequência de alguns dados para descrição e caracterização da amostra. Posteriormente, os dados foram submetidos ao tratamento estatístico pela regressão linear. Os resultados basearam-se na interpretação do p-valor, de tal forma a demonstrar ou negar uma relação entre as variáveis.

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vila Velha (Protocolo nº 37/2010), seguindo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. Além disso, o estudo foi autorizado pela Prefeitura Municipal de Vila Velha e pela coordenadora da USF Vila Nova. Também foi entregue ao responsável de cada criança da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que por ele foi assinado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

A partir da análise dos resultados coletados, foram definidas, como variáveis principais, a condição de higiene bucal (avaliada pelo índice de placa) e a presença de maloclusão. Por sua vez, a categoria condição de higiene bucal foi relacionada com as seguintes variáveis: nível de renda familiar, nível completo de escolaridade da mãe e responsável pelo cuidado da criança. No que se refere à presença de maloclusão, avaliou-se a relevância significativa em relação à presença de hábitos viciosos.

Primeiramente, a amostra foi representada por 22% de crianças na faixa etária de zero a seis meses, 39% de 7 a 12 meses, 19,5% de 13 a 18 meses e 19,5% de 19 a 24 meses. Com referência ao estado civil da mãe, evidenciou-se que 70,7% eram casadas, 24,4% solteiras e, ainda, 2,4% divorciadas e 2,4% sem informação. Quanto ao sexo, houve uma homogeneidade muito boa na amostra: 51,2% pertenciam ao sexo feminino e 48,8% ao masculino.

Na avaliação da condição de higiene bucal, observando o índice de placa, relacionado com a renda familiar, a análise do p-valor indicou não haver relação entre as variáveis, de forma que, para esse grupo em questão, a renda familiar não influenciou o índice de placa das crianças (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise estatística com Epi Info 3.5.2 pela regressão linear e avaliação do p-valor, relacionando o índice de placa com a renda familiar, na avaliação da condição de higiene bucal

Índice de placa em relação à renda familiar	
Renda Familiar	P-Valor
Até um salário mínimo	0,611859
Até um salário mínimo e meio	0,367511
Até dois salários mínimos	0,136384
Até dois salários mínimos e meio	0,000000
Até três salários mínimos	0,000000
Até três salários mínimos e meio	0,000000
Até cinco salários mínimos	0,127292

Este achado está em consonância com um estudo realizado, que constatou que a renda não demonstrou associação com a frequência de escovação, não influenciando, assim, a condição de saúde bucal quanto ao aspecto de higiene bucal. Concluiu-se, porém, que as pessoas com renda inferior recorrem aos serviços odontológicos em situações de dor. Elas apresentam maiores problemas e utilizam menos os serviços odontológicos do que as pessoas com maior renda¹³.

Corroborando o fato de a população de menor renda apresentar maiores problemas relacionados com a saúde bucal, a maior prevalência de cárie em populações de menor nível de renda familiar foi demonstrada em estudos segundo os quais as crianças que moram em regiões de menor renda tiveram 1,61 vezes mais cárie dental do que as de maior renda, deixando clara a associação inversa entre as condições de saúde bucal e os diferentes níveis de renda do município, o que vem de encontro aos achados deste estudo⁵.

Ao analisar a relação entre o índice de placa e o nível completo de escolaridade da mãe, observou-se uma associação positiva quando o nível completo era médio (p-valor = 0,978272) ou superior (p-valor = 0,773697). Para o nível fundamental (p-valor = 0,373032), essa relação não foi evidenciada. Interpreta-se tal resultado como havendo diferença nos cuidados da higiene bucal das crianças proporcional ao nível de escolaridade da mãe (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise estatística com Epi Info 3.5.2 pela regressão linear e avaliação do p-valor, relacionando o índice de placa com o nível de escolaridade, na avaliação da condição de higiene bucal

Índice de placa em relação ao nível de escolaridade	
Nível de escolaridade	P-Valor
Ensino Fundamental Completo	0,373032
Ensino Médio Completo	0,978272
Ensino Superior Completo	0,773697
Sem Informação	0,600105

Frisa-se que os hábitos adquiridos pela criança estão relacionados com os hábitos da mãe, e o conhecimento e o nível de saúde da mãe podem influenciar no comportamento em relação à sua saúde e à do próprio filho⁹. Em um estudo acerca das representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde sobre a saúde bucal e o cuidado odontológico, constatou-se grande dificuldade das mães em se expressar a respeito do que é, para elas, saúde, relacionando a saúde bucal com normas de higiene e dietéticas e também com a ida ao dentista, restringindo-se à preocupação com a estética e com a função⁹.

Em consonância com os resultados deste estudo, uma pesquisa demonstrou que a higiene bucal foi mais frequente em sujeitos com maior escolaridade, observando-se que as pessoas com maior escolaridade escovavam os dentes com mais frequência¹³. Da mesma forma, em outro estudo, as crianças que apresentaram melhor saúde eram filhos de pais com maior nível de escolaridade, concluindo-se que há uma relação direta e positiva entre o índice de cárie nos dentes permanentes e o grau de escolaridade da mãe⁸. Em estudo recente, observou-se que pessoas com maior nível educacional demonstram um comportamento mais cuidadoso com os dentes e que o baixo nível de escolaridade dos responsáveis está associado a piores condições de saúde em geral, pois parece afetar os cuidados preventivos e o julgamento sobre o significado das doenças¹⁵.

No levantamento de 2001, acerca da saúde bucal dos austríacos, avaliaram-se 516 crianças austríacas com seis anos, e a prevalência de cáries foi inversamente relacionada com o nível educacional dos pais, o que reforça que o nível de escolaridade da mãe interfere na condição de saúde bucal das crianças²³. As mulheres, as pessoas mais jovens e aquelas com mais tempo de escolaridade apresentam maior frequência no uso do fio dental, corroborando os resultados deste estudo²¹.

Por fim, em estudo na Universidade de Azad, no Irã, ao avaliarem a condição periodontal de 140 grávidas, os autores constataram que a avaliação do índice de placa demonstrou que há uma significância estatística na relação entre o índice de placa e o nível de escolaridade: quanto maior o nível de escolaridade menor era o índice de placa, sugerindo uma relação inversa entre as variáveis¹⁹.

Quando se perguntou quem cuidava das crianças, as respostas foram bem variadas. A maioria eram crianças cuidadas apenas pela mãe, devido ao fato de ainda serem muito pequenas e a mãe não trabalhar fora. Também foram relacionadas como cuidadoras das crianças, avós e tias. Algumas crianças ficavam em creches. A análise

indicou que, para esse grupo, esta variável não apresentou relevância significativa em relação ao índice de placa, ou seja, o cuidado exclusivo pela mãe não influenciou a sua condição de saúde bucal (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise estatística com Epi Info 3.5.2 pela regressão linear e avaliação do p-valor, relacionando o índice de placa com o responsável pelo cuidado da criança, na avaliação da condição de higiene bucal

Índice de placa em relação a quem fica com a criança	
Responsável pelo cuidado da criança	P-Valor
Avó, Creche	0,000000
Avó, Tia	0,309442
Avó, Tia, Tio	0,000000
Mãe	0,577761
Mãe, Avó	0,555035
Mãe, Creche	0,030884
Mãe, Avó, Creche	0,000000
Mãe, Pai	0,000000
Mãe, Tia	0,000000

Frisa-se que a prática do cuidado é predominantemente realizada pelo sexo feminino, e o ato de cuidar é, na maioria das vezes, papel da mãe, cabendo a ela, nessas situações, a responsabilidade pela saúde bucal de seu filho. Assim sendo, os hábitos adquiridos pela criança estão relacionados com os hábitos da mãe, e o conhecimento e o nível de saúde da mãe podem influenciar o comportamento em relação à sua saúde e à do próprio filho⁹. Porém, reforça-se que as pessoas com quem as crianças mais convivem são as que podem influenciar e modificar seus comportamentos. Logo, é importante que essas pessoas estejam sensibilizadas para a saúde bucal e informadas sobre as diferentes atitudes que visam a diminuir o risco de patologias bucais, tanto nas mães como nas crianças, dando maior relevância à cárie dental⁸. Assim, entende-se que, para esta amostra, as pessoas que assumiram o papel de cuidadoras e que foram, portanto, orientadas pela equipe apreenderam, de fato, os cuidados necessários para a manutenção de uma boa condição de saúde bucal das crianças.

Na mesma perspectiva, um estudo sobre a correlação dos índices de placa e gengival entre mães e filhos demonstrou que o índice de placa das crianças apresentava uma redução quando as mães tinham o hábito de usar fio dental. As crianças, normalmente, seguem o exemplo dos pais, por isso, enfatiza-se a importância de ações educativas voltadas para as crianças, realizadas em conjunto com informações e cuidados com a saúde da mãe, ou do cuidador que estiver

em contato com a criança, pois o exemplo será seguido pela criança, e a ação terá maior chance de sucesso¹⁷.

A avaliação da presença de maloclusões foi relacionada com a presença de hábitos viciosos. Para fins desta análise, consideraram-se hábitos viciosos apenas sucção digital e sucção de chupeta. A relação entre as duas variáveis não foi significativa estatisticamente (p -valor = 0,036324), já que a amostra consta de crianças na faixa etária de zero a dois anos de idade, em que a presença de hábitos viciosos ainda não representa, necessariamente, a causa de maloclusão².

Cita-se que, dentre as maloclusões, a mordida cruzada posterior e a mordida aberta anterior são as mais prevalentes, em especial em crianças que possuem hábitos bucais deletérios. Os hábitos de sucção sem fins nutritivos, a citar a sucção de chupeta e de dedo, são usados para aliviar a tensão e obter uma sensação de prazer. A comparação da sucção digital com a sucção de chupeta revela que o hábito de chupar dedo é potencialmente mais prejudicial, uma vez que o dedo está mais acessível, exerce uma pressão maior sobre a cavidade bucal e esse é um hábito mais difícil de ser retirado¹.

Em consonância com os achados deste estudo, o autor afirma que nem sempre a presença do hábito deletério causa maloclusão. Tal fato é dependente de outros fatores, como a frequência, a intensidade, a duração, fatores genéticos e também fatores socioeconômicos¹. Reforçam-se tais considerações, baseando-se na faixa etária da amostra deste estudo, de zero a dois anos de idade, observando que, se o hábito de sucção digital e o de sucção de chupeta forem retirados até os três anos de idade, não há grandes repercussões².

Diferentemente, em estudo transversal em 342 crianças, entre três e cinco anos, os autores concluíram que a relação entre a presença de hábitos de sucção e de maloclusão foi estatisticamente significativa, o que se apoia no fato de essas crianças apresentarem hábitos de sucção não nutricionais e deletérios após a idade de três anos⁶. Da mesma forma, ao analisar uma amostra contemplando crianças entre cinco e nove anos, os achados demonstraram que os hábitos orais foram capazes de promover alterações fonoaudiológicas, odontológicas e otorrinolaringológicas⁷. Por fim, em outro estudo, em que a amostra envolvia crianças entre dois e seis anos, a presença dos hábitos estudados (uso de chupeta, onicofagia, sucção digital e hábito de morder objetos) obteve associação estatisticamente relevante à ocorrência da maloclusão²².

Assim sendo, a partir dos resultados desta pesquisa, ao demonstrar que não houve relevância significativa para esta amostra entre a condição de saúde bucal das crianças e sua renda familiar e quem cuida da criança, conclui-se que as ações da equipe estão sendo efetivas, uma vez que esses fatores demonstrados pela literatura, que são fortes influenciadores na condição de saúde bucal das crianças, para esta amostra, não foram significativos, ou seja, independentemente da renda familiar ou de quem de fato se apresenta no papel do cuidador, ao participarem do programa e serem informados e acompanhados, os participantes foram capazes de apresentar um cuidado excelente à saúde bucal de suas crianças.

Reforça-se que houve uma relevância significativa para a análise do nível de escolaridade do cuidador, em especial o da mãe, o que confirma o fato, já analisado, de que, quando a informação ofertada pelas equipes no programa conseguiu ser entendida pelo grupo assistido, houve sucesso em manter íntegra a saúde bucal das crianças. Por outro lado, quando ocorreu dificuldade de entendimento da mensagem que as equipes passavam aos cuidadores, em especial às grávidas e puérperas, isso repercutiu na condição de saúde bucal da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

As ações de educação em saúde estão cada vez mais em foco nas discussões acerca da qualidade da assistência prestada à população assistida pela ESF. O cunho preventivo tão enfatizado perpassa, necessariamente, pelas ações de promoção de saúde, em especial, ações de educação.

A análise dos resultados deste estudo demonstra que o Programa de Puericultura e Aleitamento Materno da USF Vila Nova tem sido eficaz em informar e conscientizar as mães sobre a importância dos cuidados com a higiene bucal de suas crianças.

Conforme frisado, torna-se necessário envolver as mães em todas as ações, pois elas são multiplicadoras de informações, provendo cuidados mais efetivos, não só com suas crianças, mas envolvendo seus pares e sua comunidade como um todo.

Incentiva-se a criação e a consolidação de programas de promoção de saúde, como o Programa de Puericultura e Aleitamento Materno em atividade na USF Vila Nova, pois, assim, o grupo em risco tão fragilizado, o das crianças, terá mais chances de obter um cuidado mais efetivo, uma atenção mais eficaz, uma saúde mais completa e o que o SUS tanto preconiza em seus princípios e

diretrizes: a integralidade da atenção com foco também na longitudinalidade, priorizando os grupos de maior necessidade, por meio da equidade, acompanhando a população em todas as fases do ciclo de vida, em todas as suas necessidades, proporcionando saúde, de fato, à nossa população, tão carente e necessitada.

Torna-se importante promover estudos mais aprofundados, em que se evidenciem pontos críticos para que os programas e ações se aprimorem cada vez mais e se tornem mais e mais efetivos, para que possamos conquistar a qualidade de vida com condições dignas para a nossa população.

AGRADECIMENTOS |

Os autores agradecem à Coordenação Pet Saúde – Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Ministério da Saúde pelo apoio financeiro por meio de bolsa auxílio (25000.009846/2010-16). Agradecem igualmente à Universidade Vila Velha e à Prefeitura Municipal de Vila Velha pelo fornecimento de infraestrutura para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Albuquerque HRJ, Barros AMM, Braga JPV, Carvalho MF, Maia MCG. Hábito bucal deletério e má-oclusão em pacientes da Clínica Infantil do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza. RBPS 2007; 20(1):40-5.
- 2 - Bortolo LF. Prevalência de oclusopatias em crianças de 6-7 anos e sua relação com o aleitamento materno e classe social. [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2008.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. SIAB. Sistema de informação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 4 - Brededelli MM, Domenico EBL. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. São Paulo: Iátria; 2006.
- 5 - Cangussu MCT, Coelho EO, Fernandez RAC. Epidemiologia e iniquidade em saúde bucal aos 5, 12 e 15 anos de idade no município de Itatiba, São Paulo, 2000. Rev FOB 2001; 9(1/2):77-85.
- 6 - Cavalcanti AL, Bezerra PKM, Moura C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. Rev Salud Pública 2007; 9(2):194-204.

- 7 - Cavassani VGS, Ribeiro SG, Nemr NK, Greco AM, Köhle J, Lehn CN. Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. 2009. [citado 2011 jun 10]. Disponível em: URL: <http://www.profala.com/arttf137.htm>.
- 8 - Dias MSA. Estudos dos fatores de risco em saúde oral em crianças escolarizadas. [Monografia] Porto: Faculdade das Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa; 2009.
- 9 - Domingues SM, Carvalho ACD, Narvai PC. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum 2008; 18(1):66-78.
- 10 - Faria-Junior LJ. Dicas de saúde: odontopediatria. Centro de Estudos da Disfunção Dento Articular (CEDDA). 2006. [citado 2011 jun 10]. Disponível em: URL: <http://www.uraonline.com.br/saude/saude06/odontopediatria.html>.
- 11 - Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. Rev Odonto Ciênc 2008; 23(4):375-9.
- 12 - Garrafa V. Saúde bucal e cidadania. Abertura da II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 1993. p.16.
- 13 - Lisboa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Epid Serv Saúde 2006; 15(4):29-39.
- 14 - Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 2008.
- 15 - Pereira AL. Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. [Monografia]. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
- 16 - Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4 ed. São Paulo: Ed.Livraria Santos; 2000.
- 17 - Ramires-Romito ACD, Oliveira LB, Romito GA, Mayer MPA, Rodrigues CRMD. Correlation study of plaque and gingival indexes of mothers and their children. J Appl Oral Sci 2005; 13(3):227-31.
- 18 - Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciênc Saúde Coletiva 2010; 15(1):269-76.
- 19 - Sarlati F, Akhondi N, Jahanbakhsh N. Effect of general health and sociocultural variables on periodontal status of pregnant women. J Int Acad Periodontol 2004; 6(3):95-100.
- 20 - Smiech-Slomkowska G, Jablonska-Zrobek J. The effect of oral health education on dental plaque development and the level of caries-related Streptococcus mutans and Lactobacillus spp. Eur J Orthod 2007; 29(2):157-60.
- 21 - Soares EF, Novais TO, Freire MCM. Hábitos de higiene bucal e fatores relacionados em adultos de nível socioeconômico baixo. Rev Odontol UNESP 2009; 38(4):228-34.
- 22 - Sousa FRN, Taveira GS, Almeida RVD, Padilha WWN. O aleitamento materno e sua relação com hábitos deletérios e maloclusão dentária. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2004; 4(3):211-6.
- 23 - Städtler P, Bodenwinkler A, Sax G. Prevalence of caries in 6-year-old Austrian children. Oral Health Prev Dent 2003; 1(3):179-83.
- 24 - Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos três anos. São Paulo: Artes Médicas; 1999.

Correspondência para/Reprint request to:

Ana Rosa Murad Szpilman

Rua Desembargador Carlos Xavier Paes Barreto, nº 380/904

Mata da Praia – Vitória – ES

CEP 29065-330

e-mail: szpanarm@gmail.com

Recebido em: 10-10-2011

Aceito em: 14-3-2012