

ALESSANDRA CRISTINA DE ARAUJO SIEGA

EXPERIÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA ASSOCIADA A FATORES DE RISCO EM CRIANÇAS DE 06 A 36 MESES DE IDADE NA ESF CHICA FERREIRA - UBERABA, MG

Dissertação apresentada à Universidade de Franca como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Lucif Abrão Nascif Júnior.

**FRANCA
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca

S573e

Siega, Alessandra Cristina de Araujo

Experiência de cárie dentária associada a fatores de risco em crianças de 06 a 36 meses de idade na ESF Chica Ferreira Uberaba, MG / Alessandra Cristina de Araujo Siega; orientador: Lucif Abrão Nascif Júnior. – 2009

75 f.: 30 cm.

Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca

Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde

1. Promoção de saúde – Cárie dentária. 2. Cárie dentária – Prevalência. 3. Cárie dentária – Crianças. 4. Cárie dentária – Crianças – Fatores de risco. I. Universidade de Franca. II. Título.

CDU – 614:616.314-002

ALESSANDRA CRISTINA DE ARAUJO SIEGA

EXPERIÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA ASSOCIADA A FATORES DE RISCO EM
CRIANÇAS DE 06 A 36 MESES DE IDADE NA ESF CHICA FERREIRA-UBERABA,
MG

Presidente: _____

Nome: Prof. Dr. Lucif Abrão Nascif Júnior

Instituição: Universidade de Franca

Titular 1: _____

Nome: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique

Instituição: Universidade de Uberaba

Titular 2: _____

Nome: Profa. Dra. Soraya Fernandes Mestriner

Instituição: Universidade de São Paulo

Franca, 09/10/2009

DEDICO este trabalho aos meus pais: Aguinaldo e Teresinha, fontes de estímulo e confiança que contribuíram para a conclusão deste trabalho! Obrigada por vocês existirem, amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus: por meio d'Ele concretizei mais um sonho, superando os obstáculos surgidos nesta caminhada.

Aos meus irmãos: Júnior, Cássio e Márcio Rafael, fontes infindáveis de confiança e ânimo, quando me esmorecia.

Às minhas cunhadas: Gislene, Ana Maria e Andrezza que contribuíram com seus conhecimentos e disponibilidade na construção deste trabalho.

À equipe de Odontologia da UMS Álvaro Guaritá, em especial à Dra. Ana Lúcia, Dra. Ana Paula e Dr. Wagner, mais que profissionais, amigos, que acompanharam cada etapa deste trabalho.

À toda ESF Chica Ferreira, pela disponibilidade na coleta de dados.

À SMS que autorizou a coleta de dados nesta instituição e pela dispensa nos dias de curso.

Às amigas: Juliana pela tradução dos textos e à Dra. Renata Cristina Fabre por disponibilizar bibliografias relevantes.

Ao meu orientador: Prof. Dr. Lucif Abrão Nascif Júnior pela companhia nesta caminhada e à Prof. Dra. Mônica de Andrade Morraye pelos esclarecimentos que diminuía a ansiedade e as dúvidas.

À banca examinadora: Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique, Prof. Dra. Soraya Fernandes Mestriner e Prof. Dra. Adriana Vinholis Cury pelas orientações que contribuíram na elaboração deste trabalho.

Aos colegas do curso de mestrado, que fizeram memoráveis os dias de aula. Às companheiras de viagem: Ana Cláudia, Bia e Eliane que tornaram as viagens curtas e prazerosas e à Wilza pela amizade.

À minha querida família, pelas ausências em reuniões.

“... Porque quando me sinto fraco, então é que sou forte.”
São Paulo (2 Cor 12,10)

RESUMO

SIEGA, Alessandra Cristina de Araujo. **Experiência de cárie dentária associada a fatores de risco em crianças de 06 a 36 meses de idade na ESF Chica Ferreira Uberaba, MG.** 2009. 75f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

A cárie em crianças de até 36 meses de idade é definida como cárie de estabelecimento precoce severa (S-ECC), e por coincidir com o período em que se observa um acentuado crescimento, pode interferir também no desenvolvimento da criança. Portanto, é importante a promoção de saúde e prevenção precoce nesta faixa etária, e sendo a mãe o centro do cuidado familiar e disseminadora de hábitos é a principal promotora de saúde desta criança. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a associação entre cárie dentária e fatores socioeconômicos (número de filhos, idade, situação conjugal, aglomeração familiar, habitação, renda e escolaridade) e comportamentais maternos (conhecimento sobre transmissibilidade da cárie e a participação em grupos de gestantes) de crianças entre 06 e 36 meses de idade moradoras na área adscrita da ESF Chica Ferreira em Uberaba, MG. O estudo foi transversal com entrevista através de um formulário aplicado a 80 mães e realizado 80 exames clínicos nos respectivos filhos. A experiência de cárie dentária foi determinada pelo Índice ceo-d segundo os critérios da OMS. Os dados foram analisados através do Teste Exato de Fisher e com nível de significância $p < 0,05$. A prevalência da cárie na amostra foi de 20%. Do total de 111 crianças que poderiam participar da pesquisa, 80 (72%) preencheram os critérios de inclusão. Foram examinados em média 11,15 dentes por criança. O Índice ceo-d médio encontrado foi 0,99, e o componente mais prevalente foi de dentes cariados (86,1%), com o índice aumentando com a idade. Dentre as variáveis socioeconômicas maternas não foi encontrada associação estatística significativa com a S-ECC. Já com relação às variáveis comportamentais, tiveram significância as relacionadas ao conhecimento sobre transmissibilidade da cárie e a participação em grupos de gestantes. O estudo nesta população mostrou que a experiência de cárie dentária aumentou com a idade e teve relação de significância com conhecimentos de transmissibilidade da cárie e presença em grupos de gestantes. Percebe-se, portanto, a importância da promoção de saúde no empoderamento das gestantes e mães de crianças, a fim de reduzir a prevalência da cárie de estabelecimento precoce severa.

Palavras-chave: Cárie dentária; Prevalência; Crianças; Fatores de risco.

ABSTRACT

SIEGA, Alessandra Cristina de Araujo. **Association between dental caries experience and risk factors in children aged 06 to 36 months old in the Chica Ferreira ESF, Uberaba, MG.** 2009. 75f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – University of Franca, Franca.

Caries in children up to 36 months old are defined as severe early childhood caries (S-ECC), and it coincides with the period in which it is observed an emphatic growth that can also interfere on the child's development. Therefore, it's important to promote health and early prevention in this age group, and mothers are supposed to play this role as being a household reference of healthy and hygienic habits. So, the aim of this study was to assess the association between dental caries and socio-economic (number of children, age, marital status, household crowding, housing, income and schooling) and maternal behavior factors (knowledge about transmissibility of caries and participation in groups of pregnant women) in children aged from 06 to 36 months old living in ESF Chica Ferreira area in Uberaba-MG. The study was cross-sectional with interviews using a form applied to 80 mothers and 80 clinical examinations performed on their children. The caries experience was determined by the dmft index according to the WHO criteria. Data were analyzed using the Fisher's Exact Test with significant level $p < 0.05$. The prevalence of caries was found in 20% of the sample. By the total of 111 children in this enrolled area, 80 (72%) participated in this survey. It was examined an average of 11.15 teeth per child. The mean dmft index found was 0.99 and the most prevalent component was decayed teeth (86,1%) with the rate increasing with age. Among the maternal socio-economic variables (number of children, age, marital status, household crowding, housing, income and schooling), no one was found to have a statistically significant relation with S-ECC. Now, considering the behavioral variables, these were significant in relation to knowledge about transmissibility of caries and participation in groups of pregnant women. The study in this population showed that the experience of dental caries increased with age and was meaningful related to the knowledge of caries transmissibility and its presence in groups of pregnant women. Thus the importance of health promotion in the empowerment of pregnant women and children's mothers, in order to reduce the prevalence of severe early childhood caries.

Key words: Dental caries; Prevalence; Children; Risk factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição do número e porcentagem das crianças examinadas segundo faixa etária e sexo da ESF Chica Ferreira, Uberaba - MG, 2009.	46
Tabela 2	– Distribuição do número e da porcentagem de crianças com experiência de cárie de acordo com a faixa etária na ESF Chica Ferreira, Uberaba-MG, 2009.	47
Tabela 3	– Distribuição dos valores absolutos dos componentes do Índice ceo-d médio por faixa etária na ESF Chica Ferreira. Uberaba - MG, 2009.	47
Tabela 4	– Distribuição da composição percentual do Índice ceo-d por faixa etária na ESF Chica Ferreira, Uberaba - MG, 2009.	48
Tabela 5	– Análise da S-ECC relacionada a variáveis sócio-econômicas maternas na ESF Chica Ferreira, Uberaba - MG, 2009.	49
Tabela 6	– Análise da S-ECC relacionada a variáveis sobre conhecimentos maternos pertinentes à Odontologia na ESF Chica Ferreira, Uberaba - MG, 2009.	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Trabalhos nacionais que relacionam a prevalência de cárie por faixa etária	23
Quadro 2 – Trabalhos internacionais que relacionam a prevalência de cárie por faixa etária	24
Quadro 3 – Itens do formulário preenchidos pela ACS	41
Quadro 4 – Itens do formulário preenchidos pela ASB	42
Quadro 5 – Índice ceo-d médio em regiões brasileiras na faixa etária de 18 a 36 meses	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fatores de risco abordados na Promoção de Saúde	19
Figura 2 -	Localização geográfica do município de Uberaba, MG	35
Figura 3 -	Mapa do município de Uberaba, MG por bairros.	37
Figura 4 -	Mapa da localização da UMS Álvaro Guaritá e da área de abrangência da ESF Chica Ferreira	38

LISTA DE ABREVIATURAS

AAPD	<i>American Academy of Pediatric Dentistry</i> (Academia Americana de Odontopediatria)
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária à Saúde
CAISM	Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher
ceo-d	Índice de dentes decíduos cariados, extraídos pela cárie e restaurados, sendo o dente a unidade
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFO	Conselho Federal de Odontologia
ESF	Estratégia Saúde da Família
ECC	<i>Early Childhood Caries</i> (Cárie de Estabelecimento Precoce)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDI	Índice de Desenvolvimento Humano Infantil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
S-ECC	<i>Severy Early Childhood Caries</i> (Cárie de Estabelecimento Precoce Severa)
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SM	Salário Mínimo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UMS	Unidade Matricial de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 REVISÃO DA LITERATURA	16
1.1 CÁRIE DE ESTABELECIMENTO PRECOCE.....	16
1.1.1 Estudos de prevalência da cárie dentária de estabelecimento precoce severa	21
1.2 ODONTOLOGIA PARA BEBÊS.....	25
1.3 MÃES COMO AGENTES PROMOTORAS DE SAÚDE.....	28
2 OBJETIVOS	33
3 MATERIAIS E MÉTODOS	34
3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE UBERABA - MG.....	34
3.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA COLETA DE DADOS.....	36
3.4 AMOSTRA DA POPULAÇÃO.....	39
3.5 COLETA DE DADOS.....	40
3.5.1 Equipe de trabalho.....	40
3.5.2 Exame clínico e material utilizado.....	43
3.5.3 Reprodutibilidade dos métodos de diagnóstico.....	45
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4 RESULTADOS	46
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	46
4.2 EXPERIÊNCIA DE CÁRIE.....	47
4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS.....	48
4.4 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS MATERNAS.....	50
5 DISCUSSÃO	51
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	51
5.2 EXPERIÊNCIA DE CÁRIE.....	52
5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS.....	54
5.4 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS MATERNAS.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60
ANEXO	73
APÊNDICES	74

INTRODUÇÃO

A saúde bucal é um fator determinante para a qualidade de vida e para o desenvolvimento pessoal e, segundo a Organização Mundial de Saúde, fatores políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem melhorá-la ou prejudicá-la (WHO, 2003). A cárie dentária é a principal enfermidade bucal da população mundial e apesar de vários estudos epidemiológicos mostrarem a sua redução, a cárie de estabelecimento precoce severa (S-ECC), que atinge crianças na primeira infância (0 a 36 meses), tem uma prevalência alta. Como nesse período ocorre um acentuado crescimento e significativo desenvolvimento, a S-ECC pode causar agravos fisiológicos e comportamentais de acordo com os padrões de normalidade (GALBIATTI; GIMENEZ; MORAES, 2002; SOARES; VOLSCHAN, 2003).

A fim de manter a sua integridade bucal, a criança necessita de atenção, função esta que ao longo da história denomina a mãe como o agente de cuidado na família e a sua participação (e também das gestantes) em grupos educativos e preventivos facilitariam o empoderamento e a disseminação de hábitos saudáveis. Essas ações retiram a Odontologia do caráter “curativo” que predominou no século XX e a remete à Odontologia voltada para a “promoção de saúde” melhorando a qualidade de vida (PINKHAN, 1996).

A teoria da tríade “microbiota-dieta-substrato” foi por muito tempo considerada o fator causal para o aparecimento da cárie dentária. Atualmente, fatores comportamentais e socioeconômicos também estão incluídos nesta associação, fato retificado pela Conferência de Saúde Bucal que relata ser a saúde bucal parte integrante e inseparável da saúde geral e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e informação (BRASIL, 1993).

Sendo vários os fatores de risco que interferem na prevalência da cárie dentária é difícil um estudo avaliar todos em sua amplitude e, mesmo havendo essa

possibilidade, seria difícil comparar todos esses resultados, pois as condições em que vivem mudam em diferentes populações (OLIVEIRA, 2006). Baseado nesta complexidade de fatores relacionados ao processo da cárie de estabelecimento precoce severa, este estudo pretende associá-la a alguns fatores socioeconômicos (número de filhos, idade, situação conjugal, aglomeração familiar, habitação, renda e escolaridade) e comportamentais maternos (conhecimento sobre transmissibilidade da cárie e a participação em grupos de gestantes).

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 CÁRIE DE ESTABELECIMENTO PRECOCE

A cárie em bebê foi relatada primeiramente em 1962, pelo Dr. Elias Fass com o título de *nursing bottle mouth* ou “cárie de mamadeira” (MILNES, 1996). A terminologia utilizada atualmente foi adotada em uma conferência do “Centro de Controle e Prevenção de Doenças” realizado nos Estados Unidos em 1994, e é *Early Childhood Caries* (ECC), ou seja, Cárie de Estabelecimento Precoce. Segundo a *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD 2008-2009b) esta alteração reflete a mudança no entendimento filosófico sobre as causas da doença em crianças muito jovens e define o termo: presença de um ou mais dentes cariados (incluindo lesões cavitadas ou não), ausentes (devido à cárie) ou restaurações em crianças menores de 71 meses de idade. Caso a criança menor que 3 anos apresente qualquer sinal de superfície cariada ela será considerada como uma Cárie de Estabelecimento Precoce Severa (S-ECC).

Entre os vários termos utilizados anteriormente temos: *nursing caries*, *nursing bottle syndrom*, *nursing bottle mouth*, *rampant caries*, cárie rampante, cárie de mamadeira e cárie de amamentação. No entanto, eles priorizam a amamentação como fator primordial da ECC, excluindo todos os outros fatores etiológicos que também estarão associados ao seu aparecimento (AZEVEDO; TOLEDO, 2002), daí a nova nomenclatura. Tantos títulos prejudicam as pesquisas e dificultam o agrupamento de dados sobre a incidência, a etiologia e a epidemiologia da ECC e da S-ECC (MILNES, 1996; WYNE, 1999; LIMA, 2001).

A ECC é uma doença que vai além do campo da Odontologia, pois suas consequências podem refletir no retardo de crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2002), decorrentes de infecções, abscessos e má nutrição, além de poder levar a uma insatisfação estética (LIMA, 2001; PLUTZER; SPENCER, 2008; GASTON et al., 2008). O crescimento é considerado um dos melhores

indicadores de saúde da criança em razão de sua estreita dependência a fatores intrínsecos e extrínsecos como higiene, saúde e habitação (BRASIL, 2002). Num período de aproximadamente três anos, uma única célula, o óvulo fertilizado, desenvolve-se num ser humano completo, com sentimentos, carências emocionais, habilidade para comunicar-se e controle motor. Na visão da Odontologia, nesses três anos, o neonato desdentado provavelmente irá ter uma dentição decídua completa composta por 20 dentes (PINKHAM, 1996).

A ECC envolve os dentes anteriores superiores, em geral, próximos à margem gengival, e pode estender-se para as faces proximais e palatina. Caso o processo não seja interrompido, o ataque segue a cronologia de erupção, com a característica significativa da preservação dos incisivos inferiores (MILNES, 1996; CORRÊA et al., 1991; BEAULIEU; DUFOUR, 2000; ZANATA, 2001; HOLANDA; RODRIGUES, 2003). Essa preservação dos dentes anteriores inferiores, se justifica pela proteção da língua e pela proximidade dos mesmos às saídas das glândulas sublinguais que recebem o fluxo salivar direto, por isso podem resistir por mais tempo à destruição (CIAMPONI et al., 2001).

A cárie dentária tem a sua fisiopatologia em três pontos básicos: hospedeiro, microbiota e dieta. Estes fatores determinantes estão presentes durante determinado tempo e apresentam relação entre si para que a cárie se desenvolva (PINKHAM, 1996).

A presença do biofilme contribui para o aparecimento da cárie em crianças pequenas (SOWOLE; SOTE; FOLAYAN, 2007), sob o qual a mancha branca pode se desenvolver, sendo uma faixa de desmineralização de cor branca, opaca ao longo do colo próxima à gengiva (PINKHAM, 1996). A mancha branca se desenvolve entre duas e três semanas caso haja livre demanda de sacarose, sem o controle do biofilme (BÖNECKER et al., 2004). Ela pode ou não resultar em cavidade, período este chamado de cavitação, que nos dentes decíduos varia de 3 a 18 meses (GUEDES-PINTO, 1993), por isso a necessidade de uma atenção precoce à saúde bucal da criança.

As bactérias, especialmente estreptococos do grupo mutans, não são patógenos exógenos, mas membros da microbiota oral humana que adquirem o potencial patogênico quando os fatores determinantes da cárie favorecem seu crescimento descontrolado sobre as superfícies dentais. Por isso, embora todos os indivíduos possuam estreptococos do grupo mutans, alguns desenvolvem cárie e

outros não (LIMA et al., 2002). Essas bactérias colonizam as superfícies dentárias pelo biofilme como mecanismo natural de defesa, caso aderissem às células da mucosa, seriam eliminadas com a descamação e se não aderissem a nada, seriam deglutidas. Assim, as superfícies duras, como as superfícies dentárias são fundamentais para a sobrevivência desse grupo bacteriano, não estando presentes na cavidade oral da criança edêntula (McDONALD, 1994; Ushida et al., 2009). Contudo, Wan et al (2001a) levantaram a hipótese de que a colonização do estreptococos do grupo mutans poderia ocorrer em estágios anteriores à erupção dos dentes. Os autores observaram que 30% das 188 crianças de três meses de idade que compunham a amostra apresentaram cultura positiva para aquele grupo bacteriano. E daquelas edêntulas, 84% também apresentavam nódulos de Bohn, mostrando alta relação entre a quantidade de estreptococos do grupo mutans e a presença de nódulos de Bohn. Wan et al. (2001b) relacionaram esta presença com baixo nível socioeconômico, Tanner et al. (2002) com a microbiota de seus cuidadores e Milgron et al. (2000) com a presença no sulco da língua.

Quanto mais cedo ocorrer a contaminação por esses microrganismos cariogênicos, maiores serão as possibilidades do aparecimento da ECC e S-ECC (MATTOS-GRANER et al., 2000; NOCE, 2005). Segundo Caufield, Cutter e Dasanayake (1993), o sucesso da colonização pelos estreptococos do grupo mutans se dá no período da primeira “janela de infectividade” que ocorre entre os 19 e 31 meses de idade. Ela compreende o período de erupção dos últimos dentes decíduos, havendo mais superfícies retentivas. Estudos no Brasil mostram que essa primeira janela de infectividade pode ocorrer antes de um ano de idade (GUIMARÃES et al., 2004).

Apesar deste modelo demonstrar uma relação causal entre os fatores determinantes, ele é considerado muito simplista e visualiza apenas parte do problema, isto é, volta-se apenas para a vulnerabilidade individual dificultando a montagem de estratégias para controle da doença (CASTRO; TEIXEIRA; MODESTO, 2002; ARDENGHI, 2006). Atualmente a compreensão do processo saúde-doença a partir de variáveis socioeconômicas e comportamentais tem sido discutida por vários autores tanto em estudos epidemiológicos como também na etiologia da S-ECC (CORRÊA et al., 1991; WALTER; NAKANA, 1998; SALES CUNHA; RIBEIRO; VOLSCHAN, 2003; WHO, 2003; HALLET; O’ROURKE, 2003; ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004; BALDANI; VASCONCELOS; ANTUNES,

2004; PETERSEN, 2005; MACHADO; SILVA; ABDO, 2005, SILVA NETO et al., 2006; TWETMAN, 2008).

A OMS, WHO (2003), através de seu relatório, define os principais fatores socioambientais envolvidos na promoção da saúde a fim de se atingir uma boa saúde oral e qualidade de vida. Os fatores de risco associados a doenças orais estão relacionados a determinantes socioculturais como: má condição de vida, baixa escolaridade e falta de tradições e cultura de apoio à saúde bucal. Conjuntamente a esses fatores existem os ambientais como exposição inadequada ao flúor. O controle de doenças bucais depende do acesso aos sistemas de saúde e de fatores intermediários que incluem os comportamentos de risco modificáveis como higiene oral. Tais comportamentos de risco podem não só afetar negativamente a saúde bucal como também ter um impacto sobre a qualidade de vida, como é possível observar na Figura 1.

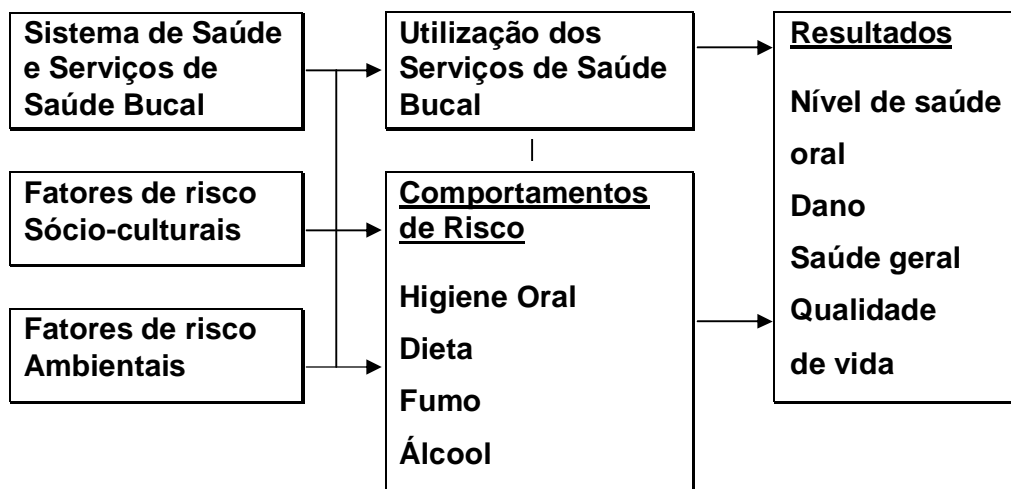


Figura 1 – Fatores de risco abordados na Promoção de Saúde
Fonte: WHO, 2003, p. 15.

Petersen (2005) enfatiza que as relações encontradas entre os determinantes sociais e de saúde, quando analisadas em termos de saúde bucal, sugerem que as circunstâncias impostas pela sociedade em termos de acesso e escolhas individuais em saúde têm um papel de destaque tanto na prevalência como na severidade da cárie dental. A constatação de que a existência destes determinantes interferem na saúde bucal, em especial em relação à cárie dentária que é a enfermidade bucal que mais afeta o indivíduo, tem levado vários

pesquisadores a associá-los à área odontológica, através de estudos epidemiológicos.

Boing et al. (2005) realizaram uma pesquisa bibliográfica com artigos de periódicos publicados de janeiro de 1990 a dezembro de 2001 que relacionavam cárie e/ou doença periodontal a condições socioeconômicas, e após várias exclusões obtiveram 86 artigos. Foram encontrados 40 indicadores socioeconômicos, os três mais recorrentes foram: renda, ocupação e escolaridade.

Autores concordam que além da água de abastecimento e dentifrícios fluoretados, a melhoria das condições de vida da população contribuiu para o declínio da prevalência da cárie dental (BALDANI; NARVAI; ANTUNES, 2002).

Noronha et al. (2001) enfatizam que o estado motivacional familiar também tem um grande destaque dentre os fatores não biológicos da cárie. Essas complexas interações, constantes e dinâmicas, existentes entre os diversos fatores etiológicos da cárie dentária contribuem para conferir à doença um caráter multifatorial (SANT'ANNA et al., 2001).

O Estado de Minas Gerais pretende implantar o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios, alguns já estão em funcionamento e em Uberaba está na fase de capacitação profissional. Com o Plano Diretor da APS a Ficha A será alterada, onde serão incluídos os fatores de risco socioeconômicos, a saúde da família, que será classificada em: sem risco, baixo risco, médio risco e alto risco e, contará ainda com a inclusão de um item relacionado ao acesso individual à escova de dente. Os fatores socioeconômicos que servirão para a classificação do risco são: alfabetização do chefe da família, renda familiar e abastecimento de água. Receberá pontuação no grau de risco a família cujo chefe for analfabeto, a renda *per capita* mensal for de até R\$ 60,00 (sessenta reais) ou quando não existir rede pública de abastecimento de água adequado (ESPMG, 2009). Ressaltando assim, que as variáveis socioeconômicas interferem na saúde dos membros da família e ainda que o questionamento nestas famílias possa propiciar a intervenção a fim de promover a saúde.

1.1.1 Estudos de prevalência da cárie de estabelecimento precoce severa

Os estudos epidemiológicos em saúde bucal representam importantes instrumentos no campo do planejamento em saúde. Os resultados de estudos realizados em condições similares permitem identificar, avaliar e monitorar a distribuição e as tendências da prevalência e severidade das doenças bucais (OLIVEIRA, 2006). Através deles, estimam-se as condições atuais de saúde bucal da população, bem como suas necessidades (OMS, 1999).

O primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal ocorreu em 1986 e o segundo em 1996 com a faixa etária de 6 a 12 anos (BRASIL, 2004b). O primeiro foi realizado em 16 capitais e o segundo nas 27 capitais. No ano 2000 o Ministério da Saúde iniciou uma discussão para execução de um projeto que contemplasse diferentes grupos etários tanto na população rural quanto urbana. Diadema/SP e Canela/RS, em 2001 foram as cidades escolhidas para a realização de um estudo piloto e durante 2002 e 2003 o trabalho de campo foi realizado em 250 municípios das 5 regiões do país. Este projeto é hoje conhecido como “Projeto SB Brasil 2003” (BRASIL, 2004b), e contou com 6 idades índices e grupos etários: 18 a 36 meses, 5,12,15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. Foi o primeiro em nível nacional a incluir a faixa etária em que ocorre a ECC-S e permitiu estimar a ocorrência da cárie nos bebês, um segmento da população que até então não tinha sido incluída em levantamentos.

Neste projeto foram examinadas 108.921 pessoas, sendo 12.117 (11%) crianças entre 18 e 36 meses, e 26,85% apresentavam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie e a média do ceo-d foi de 1,07. A experiência de cárie em decíduo foi mensurada utilizando o Índice ceo-d, criado por Gruebbel (1944), e em seus mais de 60 anos de uso rotineiro em pesquisas epidemiológicas, vem sofrendo constantes atualizações pela OMS conforme pode ser observado em “Levantamentos Básicos em Saúde Bucal” (1999), onde se estabelece critérios para o diagnóstico da cárie e para aferir o ceo-d e uma padronização dos levantamentos epidemiológicos.

Em junho de 2009, um novo levantamento teve seu início, o Projeto “SB Brasil 2010”, e segue os mesmos parâmetros do SB Brasil 2003 que foi uma das mais completas pesquisas para diagnóstico da saúde bucal dos brasileiros. O atual

projeto descreve as estratégias metodológicas para a realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal e segundo seu cronograma em junho esteve submetido ao CEP, e a partir de agosto serão iniciadas as oficinas de treinamento com coordenadores locais e das equipes de campo e em junho de 2010 terá a sua impressão para divulgação. Ele difere do seu antecessor, pois a faixa etária de 18 a 36 meses (que compreende a S-ECC) não está incluída no levantamento epidemiológico para os agravos de saúde bucal (BRASIL, 2009).

Levantamentos epidemiológicos para a faixa etária que compreende a S-ECC ainda são poucos (PINTO, 2000). Vários estudos mostram que a idade da criança é a variável mais significativa com a S-ECC, e sua prevalência aumenta com a idade (FREIRE et al., 1996; BARROS et al., 2001; SANTOS; SOVIERO, 2002; GALINDO, 2003; OLIVEIRA, 2006; NOMEINI; CUNHA, 2006; VAN PALESTEIN-HELDERMAN; SOE; VAN'T HOF, 2006; MACIEL et al., 2007; SOWOLE; SOTE; FOLAYAN, 2007). Estudos mostram também que a prevalência de cárie aumenta em crianças que pertencem a um nível socioeconômico menor (FREIRE et al., 1996; HALLET; O'ROURKE, 2003; BOING et al., 2005; NARVAI et al., 2006).

Brandão et al. (2006) não observaram associação entre ECC e escolaridade materna.

Nesse sentido, destaca-se a importância de conhecer a influência dos fatores de risco para o planejamento de futuras estratégias a fim de reduzir a prevalência de cárie respeitando as características específicas do grupo em questão (BRANDÃO et al.; 2006).

A incidência e a prevalência da S-ECC são de difícil determinação, pois vários fatores impedem a obtenção de dados objetivos e válidos, dentre eles: dificuldade de acesso a esse grupo etário, dificuldade de realização de um exame satisfatório devido à tenra idade e um diagnóstico que defina a cárie de estabelecimento precoce (LIMA, 2001; HALLET; O'ROURKE 2006).

Em países desenvolvidos a ECC varia entre 1 a 12%, já nos países em desenvolvimento e em grupos de populações excluídas de países desenvolvidos esta prevalência pode chegar a 70% (MILNES, 1996), como pode ser observado nos quadros 1 e 2.

O quadro 1 lista trabalhos nacionais que avaliaram a prevalência de cárie em crianças de diferentes faixas etárias e utilizaram os critérios da OMS. Este estudo e o de Nomelini e Cunha (2006) foram realizados com crianças cadastradas

em ESF. Oliveira (2006) e Gradella et al. (2005) durante campanha de vacinação e os demais com crianças institucionalizadas.

Quadro 1 – Trabalhos nacionais que relacionam a prevalência de cárie por faixa etária.

Autores	Ano*	Local	Faixa etária	Amostra	Prevalência de cárie (%)
Nomelini; Cunha	2006	Uberaba/MG	0-12m	58	00
			12-24m	36	13,9
			24-36m	17	23,5
Maciel et al.	2007	Caruaru/PE	6-12m	18	05
			13-24m	64	34
			25-36m	86	69
Oliveira	2006	Diadema/SP	5-12 m	249	00
			12-24m	263	2,3
			24-36m	255	14,9
			56-48m	254	33,5
			48-60m	246	44,3
Brandão et al.	2006	Araraquara/SP	25-35m	110	28,2
Gradella et al.	2005	Macapá/AP	5-11m	150	0,7
			12-23m	234	16,7
			24-35m	244	44,3
			36-47m	234	59,8
			48-59m	275	71,3
Galindo	2003	Belém/PA	6-12m	56	00
			13-24m	119	4,2
			25-30m	55	25
Santos; Soviero**	2002	Rio de Janeiro/RJ	0-12m	11	00
			13-24m	26	27
			25-36m	43	58
Barros et al.**	2001	Salvador/BA	0-12m	19	25
			13-24m	213	51
			25-30m	108	71
Mattos-Graner et al.	1998	Piracicaba/SP	1 a 2,5a	142	19
Freire; Melo; Almeida e Silva	1996	Goiânia/GO	≤1 a	192	3,6
			2a	385	12,7
			3a	432	30,1

* Ano de publicação

** Foram consideradas lesões de Mancha Branca

O Brasil é um país com dimensões continentais e com muitas desigualdades sociais e quando se observa a prevalência de cárie em algumas cidades brasileiras, percebe-se também que são muito desiguais os índices de prevalência de cárie. Em algumas cidades eles se assemelham aos dos países desenvolvidos como é o caso do estudo realizado em Diadema/SP, Oliveira (2006), já em Caruaru/PE atinge uma prevalência alta comparando-se a dos países subdesenvolvidos. Pattussi et al. (2001) e Baldani, Narvai e Antunes (2002) através

de estudos em municípios brasileiros observaram a associação entre cárie dentária e distribuição de renda, onde municípios com maior renda média tendem a apresentar menores taxas de experiência de cárie e também melhor qualidade de vida. Ribeiro, Oliveira, Rosenblatt (2005) e Narvai et al. (2006) consideram a cárie uma doença polarizada que se caracteriza por acometer uma pequena parte da população especialmente a menos favorecida e com maior necessidade de tratamento (poucas pessoas acumulam uma alta carga da doença).

O quadro 2 mostra a prevalência da cárie dental em alguns países.

Quadro 2 – Trabalhos internacionais que relacionam a prevalência de cárie por faixa etária.

Autores	Ano*	Local	Faixa Etária	Amostra	Prevalência de cárie (%)
Livny; Assali; Sgan-Cohen	2007	Jerusalém	12-36m	102	17,6
Sowole; Sote; Folayan	2007	Nigéria	6-12m	22	00
			13-24m	143	4
			25-36m	79	13
			37-78m	70	11,4
Van Palestein-Helderman; Soe; Van't Hof	2006	Sudeste da Ásia	49-71m	73	25
			25-27m	41	30
			27-30m	122	52
Vachirarojpisan et al.	2004	Tailândia	6-19m	520	16
Milgrom et at.	2000	USA	6-36m	199	39,1

* Ano de publicação

Livny, Assali e Sgan-Cohen (2007) fizeram um levantamento em 102 crianças de 12 a 36 meses em uma região muito pobre em Jerusalém e destas 17,6% apresentavam cárie, sendo que a prevalência maior era em crianças cujas mães possuíam menos instrução e apresentavam número maior de filhos.

Hallet e O'Rourke (2006) na Austrália observaram que as crianças com maior experiência de cárie ocorria quando as mães possuíam até 24 anos ao nascimento da criança.

1.2 ODONTOLOGIA PARA BEBÊS

A prevalência S-ECC é alta, uma vez que nesse período ocorre uma alta frequência do consumo de sacarose, associada à ausência de adoção de métodos de higiene bucal (GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003). Sendo assim, a Odontologia para bebês é uma conquista da Odontologia e representa um novo entendimento na abordagem desta doença, centrada numa perspectiva preventiva-promocional, deixando a Odontologia curativa que esteve presente na maior parte do século XX (PINKHAM, 1996).

Ações de saúde bucal são importantes para a promoção de saúde, e hoje muitos municípios adotam a atenção precoce em Odontologia, que está fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004a).

O primeiro programa odontológico voltado para bebês surgiu por volta de 1976 no Japão, onde informações sobre cuidados odontológicos eram repassados às mães de crianças com cerca de 4 meses de idade que eram atendidas no serviço público da área médica. Na Inglaterra em 1977, os pais de crianças que estudavam em creches de Londres recebiam “educação” odontológica, enquanto seus filhos eram assistidos por profissionais através de ações preventivas.

No Brasil, Luiz Walter e equipe iniciaram de forma pioneira na Universidade Estadual de Londrina (UEL) em meados da década de 80, o atendimento a crianças de menor idade, culminando com a criação da Bebê Clínica em 1985 (GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003). Desde então, são realizados procedimentos educativos voltados aos pais, além de métodos preventivos e curativos aplicados ao bebê quando necessário (WALTER et al., 1997).

Segundo Walter e Nakama (1998), 93,5 a 100% das crianças que foram atendidas no 1º ano de vida na UEL mantiveram a saúde bucal. Em Goiânia, semelhante programa foi avaliado após 2 a 3 anos de implantação em bebês que tiveram a sua primeira visita entre 0 a 12 meses, e como resultado 51% das crianças estavam no grupo de alto risco na primeira visita, índice que foi reduzido para 1% (PEREIRA; FREIRE, 2004). Kuhn e Wambier (2007) em Ponta Grossa/PR, 15 meses após a primeira consulta dos bebês encontraram 7,3% das crianças com cárie. Lemos et al. (2008), em estudo com 100 bebês entre 0 e 48 meses, dividiram

o grupo entre bebês assíduos e não assíduos às consultas, nestes observaram o ceo-d médio de 3,6 e nos assíduos de 0,4.

A AAPD (2008-2009b) recomenda que a primeira visita ao odontopediatra aconteça no período compreendido entre a erupção do primeiro dente decíduo e o primeiro ano de vida. Essa fase contempla as orientações odontológicas voltadas para a criança de baixa idade, o que vem de encontro com os princípios da saúde pública. Desta forma, busca-se atingir a promoção de saúde com uma abordagem integral da criança que possibilita a manutenção da saúde bucal, a prevenção de doenças e, também, a ambientação das crianças com consultórios odontológicos (BENGSTON et al., 2002, MACHADO; SILVA; ABDO, 2005).

Na primeira fase de erupção, mesmo a criança sendo edêntula é importante que a gengiva seja massageada e a cavidade bucal limpa e inspecionada quanto à presença de anomalias (McDONALD, 1994; CIAMPONI et al., 2001). A limpeza é indicada com a utilização de gaze ou fralda (BENGSTON et al., 2002). Ciamponi et al. (2001) indica água fervida e/ou filtrada. Existem também produtos industrializados para a realização da higiene bucal nesta fase como a dedeira-escova-massageadora fabricada em silicone macio ou extramacio. Ela é utilizada para higienizar e massagear suavemente a mucosa, estimulando o processo de mastigação que favorece a erupção e diminui o desconforto produzido pelo irrompimento do dente (BENGSTON et al. 2002). Nesta etapa é feita apenas a remoção de restos de leite ou alimentos que ficam estagnados nas comissuras labiais e na cavidade bucal. É recomendada que esta limpeza seja iniciada entre o 2º e 3º mês de vida, Machado, Silva, Abdo e (2005), no máximo uma vez ao dia, de preferência após a última mamada, pois as imunoglobulinas presentes no leite protegem contra infecções (CIAMPONI et al., 2001).

Para a segunda fase da dentição decídua (presença dos dentes anteriores) ainda podem ser utilizadas as dedeiras-escovas sendo indicadas até a presença de 4 a 6 dentes. As escovas devem possuir características que facilitem os pais e/ou responsáveis no manuseio, auxiliando, desta forma, na dinâmica de instalação do hábito e aceitação pela criança. Devem ser de cabeça pequena, cerdas extramacias e retas com extremidades arredondadas, obedecendo ao tamanho do espaço intraoral. Não devem provocar alterações nos tecidos moles, agindo como motivadoras e condicionadoras fundamentais do processo de

prevenção. O cabo deve ser longo, podendo apresentar pequena ondulação, para melhor empunhadura, facilitando o manuseio (CIAMPONI; TESSLER; CORRÊA, 2001; BENGSTON et al., 2002).

Na terceira fase da dentição decídua, que compreende a fase da janela de infectividade, ocorre a finalização da formação da dentição decídua, aumentando os sítios de retenção. Nesta fase as crianças imitam os familiares e tentam realizar sozinhas a escovação (CIAMPONI et al., 2001; BENGSTON et al., 2002). Apesar de não alcançarem bons resultados, devem ser incentivadas e o cuidador deve refazer a escovação. Nesta fase já são utilizadas as escovas infantis. Segundo Ciamponi et al. (2001) não há prazo predeterminado para a vida útil de uma escova, entretanto eles sugerem a troca a cada 2 meses.

O uso do fio dental desde a tenra idade é indicado quando houver contato interdental e previne a cárie e a perda de suporte ósseo interproximais, além de estimular o hábito (CIAMPONI; TESSLER; CORRÊA, 2001; DE SANTI, 2003, MACHADO; SILVA; ABDO, 2005).

Embora a filosofia da atenção precoce ainda não esteja difundida de forma massificada na população, pode-se observar que vem aumentando o número de mães que se sensibilizam e acabam procurando por assistência odontológica para seus filhos, com fins preventivos. Este é um fator extremamente positivo e de grande importância na Odontologia, visto que essas crianças desde cedo estarão protegidas contra os problemas odontológicos, com oportunidades de adquirir hábitos mais saudáveis e, assim, ter uma melhor qualidade de vida (MACHADO; SILVA; ABDO, 2005).

O programa odontológico precoce visa despertar a consciência dos pais/responsáveis sobre os fatores de risco desde o nascimento, Bastos e Monte Alto (2003), de maneira que os cuidados necessários para favorecer as boas condições de saúde bucal possam ser aprendidos, compreendidos e principalmente colocados em prática. Assim, durante as consultas e atendimentos além das respostas às necessidades, devem ser produzidos conhecimento, responsabilidade e autonomia ao usuário, aqui representado pela mãe: maior cuidadora. (BRASIL, 2004).

A Odontologia para Bebês tem conseguido resgatar a necessidade da inclusão da clientela de 0 a 36 meses de idade nos serviços de saúde, sejam públicos ou privados. Esse segmento etário, não deve ser tratado isoladamente e

verticalmente, mas de forma que façam parte de programas de promoção integral à saúde da criança, juntamente com a equipe multiprofissional, como em ações de puericultura, evitando assim a visão reducionista (BRASIL, 2004). Todavia, para que possa se consolidar como um modelo assistencial é fundamental que tanto a população como os profissionais apostem na essência educativa/preventiva e acreditem que é a atenção precoce a principal ferramenta para o desenvolvimento de gerações mais saudáveis (MOURA et al., 2001).

1.3 MÃES COMO AGENTES PROMOTORAS DE SAÚDE

A gravidez é um acontecimento ímpar na vida da mulher, sendo o período ideal para o empoderamento das mães, pois nessa época estão mais receptivas às informações e conhecimentos que assegurem o bem-estar do bebê. Seria este um caminho para se reduzir a cárie e a doença periodontal na primeira infância, informando-as que a cárie é uma doença transmissível, porém controlável (DEAN; HUGHES, 1994; ZARDETTO; RODRIGUES; ANDO, 1998; TORRES et al., 1999; CIAMPONI et al., 2001; KONISH; KONISH, 2002; BRASIL, 2004; SIMIONI; COMIOTTO; RÊGO, 2005). Também, se tornam mais suscetíveis a mudar padrões que terão influência no desenvolvimento da saúde bucal dos bebês e dos que com elas convivem.

Atualmente, a participação materna no interior da família a coloca como o agente do cuidado. Assim, também a Odontopediatria tem dotado a mulher de responsabilidade ao estabelecer rotinas de higienização do corpo infantil (SANTOS-PINTO et al., 2001; DE SANTI, 2003). A identificação dos pontos vulneráveis no relacionamento mãe-filho, onde possam ser introduzidas ações para promoção de saúde como: atuar na higiene ou na alimentação da criança pode ser uma forte aliada na prevenção de saúde junto aos grupos de gestantes e de mães (KONISH; KONISH, 2002). Dessa forma, grupos para mães e gestantes favorecem o controle da ECC e S-ECC, já que essas tarefas quase sempre são realizadas pelas mães (LIMA, 2001).

O conhecimento é pré-requisito para o comportamento saudável, mas ele não é suficiente para influenciar a mudança (CASTRO; TEIXEIRA; MODESTO,

2002). Assim, educação em saúde às gestantes ofereceria subsídios para a manutenção da saúde bucal e redução significativa das doenças bucais em crianças na primeira infância (SIMIONI; COMIOTTO; RÊGO, 2005). O objetivo principal desta educação é o incentivo e o fortalecimento da sua autonomia no controle do processo saúde-doença. Deve fornecer instrumentos, apoio e orientação a fim de que se tornem independentes na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde quando julgar necessário (MINAS GERAIS, 2007).

Recebendo tais informações as mães podem transformar as informações em ações que conduzam seu filho a um crescimento e desenvolvimento saudáveis, agindo como promotoras de saúde. Por isso, a importância do empoderamento nas ações voltados às gestantes e às mães (ZARDETTO; RODRIGUES; ANDO, 1998; TORRES et al., 1999; CIAMPONI et al., 2001; KONISH; KONISH, 2002; SIMIONI; COMIOTTO; RÊGO, 2005).

Alguns pontos importantes devem ser observados no processo de educação em saúde bucal, como a complexidade do processo de mudança de hábito que têm várias barreiras (econômicas, emotivas, sociais, culturais) em que a aquisição do conhecimento é um passo importante, mas algumas vezes ineficaz. No processo de educação em saúde, é importante a identificação das principais barreiras aos hábitos saudáveis, possibilitando assim uma orientação mais precisa tanto à mãe quanto à gestante para aderirem por opções mais saudáveis (MINAS GERAIS, 2007).

Nos grupos de gestantes elas receberiam informações variadas como: a importância da sua higiene bucal, encorajamento ao aleitamento materno exclusivo, não oferecimento de chupetas, mamadeiras e orientações de higiene bucal (MOURA et al., 2001).

E para as mães de crianças na primeira infância seriam repassadas informações sobre a importância do atendimento odontológico nesta época, bem como orientações de hábitos higiênicos, controle do biofilme dental, fluorterapia, aconselhamento da dieta, aleitamento materno e tratamento precoce, visando sempre propiciar que as crianças não tenham experiência de cárie (ZUANON, 2001; CIAMPONI et al., 2001; MOURA et al, 2001; JOSÉ; MATHIAS; ROMITO, 2002; GALBIATTI; GIMENEZ; MORAES, 2002; SIMIONI; COMIOTTO, RÊGO, 2005). Ações com essa finalidade apresentam menor custo em relação ao tratamento

curativo em função da baixa complexidade e podem influenciar positivamente no padrão de saúde da criança no futuro (MAGALHÃES et al., 2005).

Hábitos cotidianos arraigados no cuidado infantil como: provar alimentos com a colher da criança para resfriar, limpar a chupeta com a própria boca e beijar a boca do bebê, fazem da mulher a principal fonte de infecção do estreptococos do grupo mutans, pois esses são meios de transmissão (WAN et al., 2001; FERREIRA; GAÍVA, 2001; CIAMPONI et al., 2001; RUBIRA, 2007). Desta forma, a redução desses hábitos limitará ou adiará a transmissão de estreptococos do grupo mutans para a cavidade bucal de seus bebês (TORRES et al., 1999; CIAMPONI et al., 2001; KONISH; KONISH, 2002). Essa transmissão precoce pode estar relacionada também a fatores como: elevado nível salivar de estreptococos do grupo mutans na mãe, saúde bucal, nível educacional e socioeconômico materno (KONISH; KONISH, 2002; GUIMARÃES et al. 2004; NOCE, 2005). Corroborando os autores que colocam a mãe como a maior fonte de infecção de estreptococos do grupo mutans, os estudos de genotipagem de Rubira (2007) e Caufield e Li (1995) confirmam esta hipótese. Na pesquisa de Caufield e Li (1995) o genótipo de estreptococos do grupo mutans presente na cavidade bucal das crianças foi idêntico aos presentes na cavidade bucal materna em aproximadamente 71% dos casos. Não houve semelhança genotípica entre pai e filho e nem entre marido e mulher.

A época desta colonização vai influenciar diretamente o incremento de cárie na criança, portanto quanto mais cedo ocorrer, mais precoce e mais intensa será a desmineralização e possível cavitação dos dentes decíduos pela doença cárie (MATTOS-GRANER et al., 2000; NOCE, 2005). Se eles não forem detectados na criança aos dois anos de idade, possivelmente estará livre de cárie aos quatro anos de idade. Por outro lado, crianças com estreptococos do grupo mutans detectável aos dois anos de idade podem apresentar mais de dez dentes cariados aos quatro anos (BÖNEKER et al., 2004).

Contudo, nem todas as mães acreditam que sejam responsáveis pela transmissão do microrganismo causador da cárie dentária. Segundo Santos-Pinto et al. (2001) entre 237 gestantes entrevistadas, 31% consideraram que a cárie seja transmissível, 39,2% não a consideraram e 29,8% não souberam responder. Este desconhecimento contribui para a infecção precoce da criança. Portanto, informações de como manter a cavidade bucal da criança sempre higienizada e saudável, evitar beijar a boca e as mãos da criança, não soprar alimentos e não

fazer uso comunitário de talheres, bicos de mamadeira e chupetas devem ser transmitidas às mães (CIAMPONI et al., 2001, LIMA et al., 2002).

Portanto, é preciso que as mães estejam conscientes do processo saúde/doença e que as ações de saúde bucal para promoção de saúde destinadas às gestantes e mães de crianças na primeira infância estejam incluídas nos programas de pré-natal, bem como na puericultura (TIVERON; BENFATTI; BAUSELIS, 2004). Muitas desconhecem as causas que levam ao comprometimento dos elementos dentários dos seus filhos na primeira infância, os hábitos de higiene que devem ser introduzidos desde cedo, a importância de o bebê receber assistência odontológica antes do primeiro ano de vida, e que o fator dieta nesta idade está diretamente relacionado com a cárie. Embora algumas mães tenham a informação, negligenciam nos cuidados e se perdem no percurso entre a intenção e a ação, necessitando o acompanhamento do binômio mãe-filho após o parto (ZANATA, 2001; GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003, SIMIONI; COMIOTTO; RÉGO 2005; PLUTZER; SPENCER, 2008). A transferência de hábitos entre pais e filhos faz parte do contexto cultural familiar presente em todas as classes sociais, e o comportamento em relação à higiene bucal de filhos de mães que possuem um bom nível de conhecimento de higiene bucal é satisfatório (SAIED-MOALLEMI et al., 2008).

Zanata et al. (2003) em um estudo longitudinal avaliou a efetividade de um programa de saúde bucal, iniciado durante a gestação, sobre a experiência de cárie de primigestas e seus filhos. As medidas preventivas foram aplicadas durante a gestação e 6 e 12 meses após o parto e o incremento de cárie na dentição da mãe apresentou correlação significativa com a incidência de cárie na dentição das crianças. De Benedetto et al. (1999) observaram que a experiência de cárie em bebês de mães que necessitavam de tratamento era duas vezes maior que a dos bebês cujas mães não necessitavam. Estes dados corroboram para a associação entre incidência de cárie na primeira infância e a influência significativa de cuidados maternos. Na Austrália, Plutzer e Spencer (2008) fizeram um estudo com 649 primigestas divididas em grupo controle e teste e desenvolveram ações de promoção e de prevenção neste último grupo. Quando a criança tinha entre 6 e 12 meses e idade retornaram para consulta e percebeu-se que no grupo controle a incidência da S-ECC foi de 9,6 enquanto que no grupo teste foi de 1,7%, com

significância estatística para essa relação, realçando a importância prévia de informações às gestantes.

Segundo Konish e Konish (2002), a maior dificuldade na implantação de um serviço odontológico no pré-natal advém das crenças que decorrem da associação entre a gestação e a Odontologia. Entre elas, que a perda de dente é ocorrência natural na gestação, que a mulher perde cálcio dos dentes para formar as estruturas mineralizadas do bebê, que o tratamento odontológico pode prejudicar a mãe e o feto e que na gravidez ocorre um aumento da incidência de cárie.

Pelo exposto, percebe-se que a importância do desenvolvimento de programas educativos voltados para os pais e preventivos voltados para os bebês, procurando estabelecer hábitos saudáveis, evitando a contaminação precoce da cavidade bucal da criança e disseminando a promoção de saúde (BEAULIEU; DUFOUR, 2000; CIAMPONI et al., 2001; KONISH; KONISH, 2002; BRAY; BRANSON; WILLIAMS, 2003; SIMIONI; COMIOTTO; REGO, 2005; PLUTZER; SPENCER, 2008). Noronha et al. (2001) ressaltam que a Odontologia dentro da promoção de saúde tem a responsabilidade de oferecer à mãe habilidades de assumir o seu papel ativo na manutenção e recuperação do equilíbrio da saúde de seu filho. A expressão da doença advém de um estilo de vida não favorável à saúde. E os métodos educativos que apenas transmitem informações dificilmente conseguem modificar padrões de comportamento e hábitos comumente existentes na população. O entendimento das diversas realidades deve nortear a atividade educativa visando captar os valores dos sujeitos e a partir daí adequar ações respeitando as particularidades de cada núcleo familiar. A promoção de saúde não envolve apenas os conhecimentos biológicos, mas também a participação da sociedade no processo de educação, de comunicação e no interesse intersetorial para que se possa obtê-la (GOURSAND; PAIVA; VASCONCELOS, 2004).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência de cárie e o Índice ceo-d médio de crianças de 06 a 36 meses de idade cadastradas na ESF Chica Ferreira do Município de Uberaba-MG no período de novembro de 2008 a janeiro de 2009.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a associação entre a S-ECC e as variáveis socioeconômicas maternas: número de filhos, faixa etária, situação conjugal, aglomeração familiar, cômodos no domicílio, renda familiar e escolaridade.

Avaliar a associação entre a S-ECC e as variáveis de conhecimentos pertinentes à Odontologia: participação em grupos de gestantes e conhecimento sobre transmissibilidade da cárie dentária.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após a análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca (ANEXO A), com protocolo 141/08 e de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), foi realizada a entrevista e o levantamento epidemiológico sobre cárie dentária em crianças de 06 a 36 meses, residentes na área adscrita da ESF Chica Ferreira no município de Uberaba - MG.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE UBERABA - MG

O município de Uberaba está localizado na microrregião do Triângulo Mineiro do Estado de Minas Gerais, em uma posição privilegiada que tem um raio de aproximadamente 500 km de distância de São Paulo, Belo Horizonte e Brasília (Figura 2). A cidade é conhecida como a capital mundial do Gado Zebu sendo pólo na criação, desenvolvimento e comercialização dessa raça e sediando duas das principais centrais de inseminação pecuária do Brasil. A cidade também é conhecida pela religiosidade e possui 9 instituições de ensino superior que trazem à cidade um grande número de universitários.

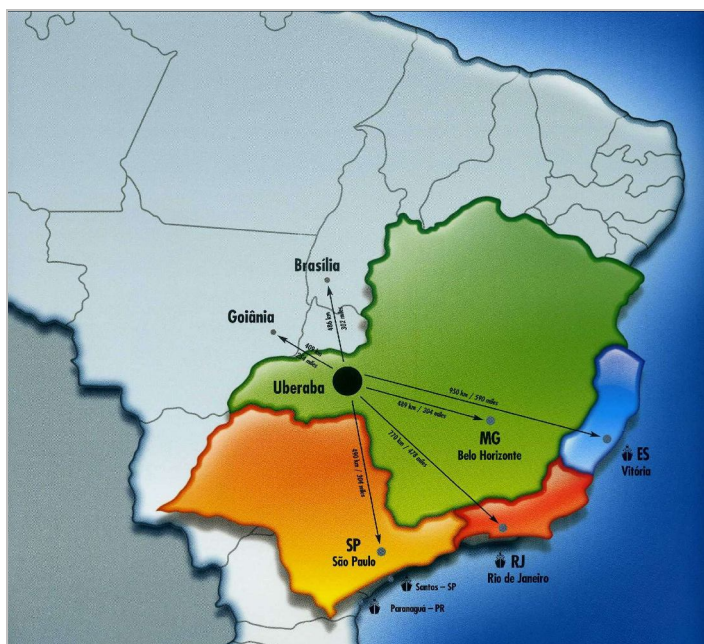


Figura 2 – Localização geográfica do município de Uberaba, MG.

Fonte: PMU, 2008.

Segundo o IBGE (2008), a estimativa da população em 2007 foi de 287.760 habitantes com área territorial de 4.512 Km² e expectativa média de vida de 73,9 anos, com PIB *per capita* de 15.545 reais anual. A maioria da população economicamente ativa do município (59,48%) recebe até três salários mínimos (PMU, 2008).

O UNICEF (2006), Fundo das Nações Unidas para a Infância, utiliza para a mensuração da qualidade de vida em crianças de 0 a 6 anos, o Índice de Desenvolvimento Humano Infantil (IDI). Este índice é calculado considerando o grau de escolaridade dos pais, cobertura vacinal, mortalidade infantil, número de crianças matriculadas em creches e pré-escola, do percentual de gestantes que realizaram exames pré-natais, além dos dados sociodemográficos do município. O IDI varia de 0 a 1, e o município de Uberaba em 2004 apresentou um IDI de 0,755, ocupando a 59ª posição na lista dos municípios mineiros e a 1066ª na lista nacional, estando no patamar médio. Já o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,834 foi considerado alto e combina 3 variáveis no desenvolvimento humano: (1) longevidade medida pela esperança de vida ao nascer, (2) educação, medida pela combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa de matrículas nos níveis de

ensino fundamental, médio e superior e (3) renda, que é calculada tendo como base o PIB *per capita* do país.

Em Uberaba, o setor da Odontologia conta com 942 Cirurgiões-Dentistas, 138 Auxiliares de Saúde Bucal e 4 Técnicos em Saúde Bucal (CFO, 2009). Na rede pública os Cirurgiões-Dentistas estão distribuídos em 2 Unidades Regionais de Saúde (URS), CAISM (Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher), 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 3 são Unidades Matriciais de Saúde (UMS) com atendimento até as 22 horas, 41 ESF sendo 3 com atendimento em zona rural. A cobertura das ESFs, que contam com cirurgião-dentista, perfaz 44,60% da população (SIAB, 2009).

3.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA COLETA DOS DADOS

A UMS Álvaro Guaritá localizada na área do Distrito Sanitário 1 da cidade de Uberaba - MG foi o local da realização da entrevista e dos exames clínicos desta pesquisa. Ela se situa em uma área periférica da cidade, na área delimitada 31, conforme assinalado na Figura 3.

Esta UMS abriga 3 ESFs: Vallin de Mello, Gameleira e Chica Ferreira, sendo que desta última foi retirada a amostra desta pesquisa. Cada ESF conta com um médico, uma cirurgiã-dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e 8 agentes comunitárias de saúde. Além dos profissionais das ESFs, a UMS Álvaro Guaritá oferece à população atendimento com profissionais da rede municipal de saúde nas áreas: medicina (clínica geral, ginecologia e pediatria), odontologia, psicologia, fisioterapia, enfermagem, assistência social, nutrição, agente sanitário e agente comunitário de saúde e tem seu funcionamento das 07 às 22 horas.

As coletas foram realizadas entre os meses de novembro de 2008 e janeiro de 2009 durante o atendimento "Dentinho de Leite".

A demarcação na Figura 4 representa a área de abrangência da ESF Chica Ferreira e o ✕ a localização da UMS Álvaro Guaritá que é a sede desta ESF.

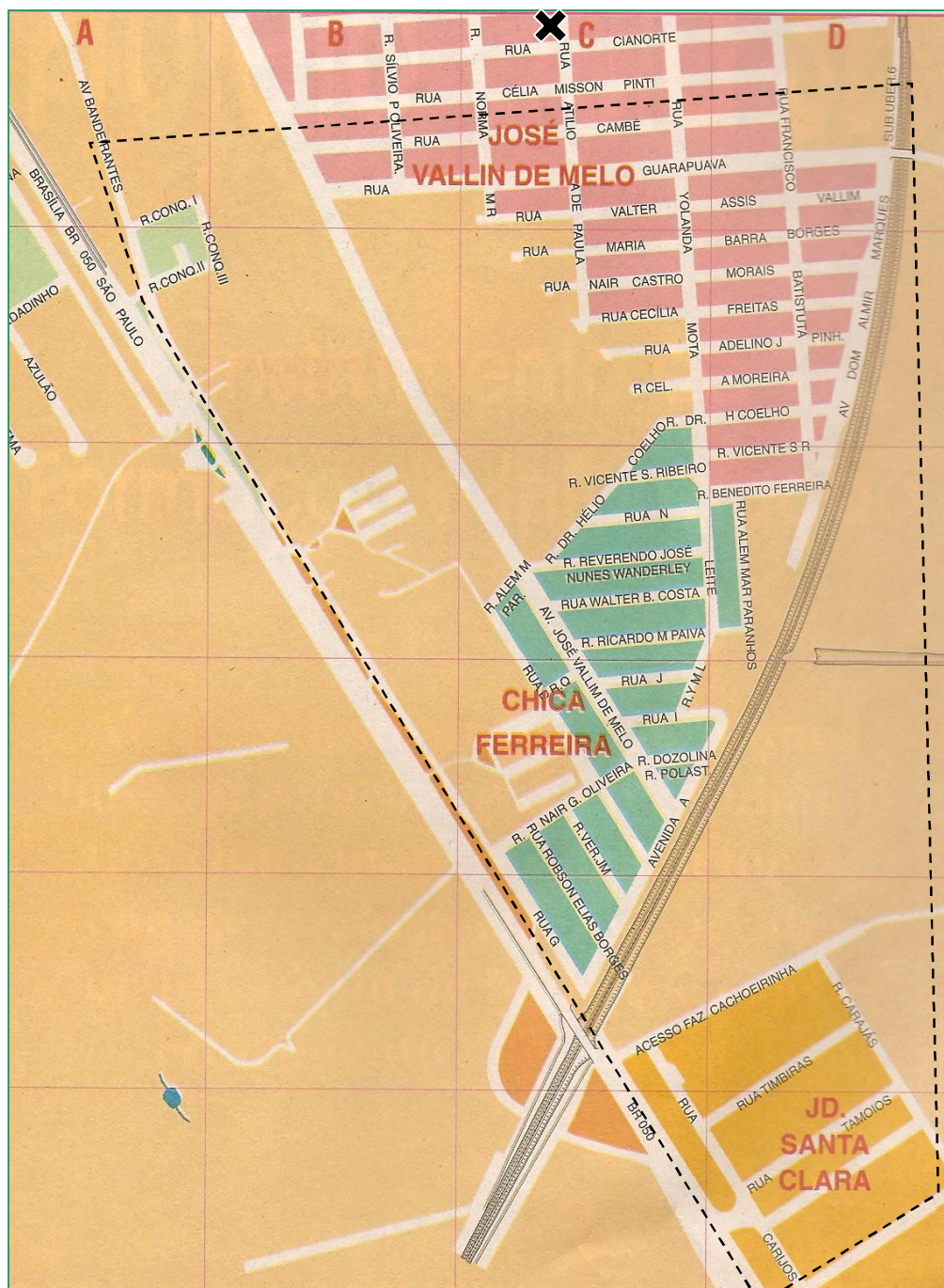


Figura 4 - Mapa da localização da UMS Álvaro Guaritá e área de abrangência da ESF Chica Ferreira.

Fonte: GUIA SEI Uberaba, 2005, p. 31.

3.4 AMOSTRA DA POPULAÇÃO

A ESF Chica Ferreira possui 111 crianças de 06 a 36 meses de idade cadastradas, tendo sido todas convidadas a participar da pesquisa. Dentre estas, 80 (72%) preencheram os critérios de inclusão e foram incluídas juntamente com suas mães. Crianças que não compareceram ou não estavam acompanhadas da mãe perfazem a perda da amostra (18%). Foi, portanto, um estudo quantitativo de prevalência utilizando-se de uma entrevista e um levantamento do tipo transversal.

Foram adotados 3 critérios de inclusão:

1- As crianças deveriam ser moradores da área de abrangência da referida ESF, a fim de se planejar futuras estratégias respeitando as características específicas desta população (BRANDÃO et al., 2006).

2- A faixa etária das crianças teria que ser entre 06 e 36 meses. Essa escolha foi por compreender o período de instalação da S-ECC e pelo maior crescimento e desenvolvimento da criança, podendo a S-ECC causar agravos físicos e emocionais com prejuízos financeiros (AAPC 2008-2009a). É nesta fase que os dentes decíduos erupcionam, as bactérias colonizam os dentes e os hábitos de saúde bucal começam a se formar (MATTOS-GRANER et al., 1998) oferecendo risco à ocorrência de lesões de cárie. Houve o cuidado de não se examinar irmãos que residiam no mesmo domicílio a fim de não haver duplicidade de respostas.

3- A criança deveria estar acompanhada da mãe.

Esta entrevista e levantamento epidemiológico aconteceram durante o atendimento do “Dentinho de Leite”, como é designada esta ação pelo Departamento de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde de Uberaba.

O grupo “Dentinho de Leite” é realizado semanalmente na UMS Álvaro Guaritá em média com 10 mães acompanhadas de suas crianças. Tendo a ESF Chica Ferreira 8 micro-áreas, a cada semana, mães de crianças de até 36 meses de 2 micro-áreas eram convidadas a participar, a fim de evitar aglomerações. Nestes grupos as orientações vão desde os cuidados com a criança, antes mesmo da erupção dentária, destacando também pontos importantes sobre a importância dos dentes decíduos, aleitamento materno, higiene bucal (materna e da criança), erupção dentária, infecções bucais, dieta, transmissibilidade da cárie, hábitos deletérios, traumatismo dentário e fluorose dentária. Por se tratar de uma ação

coletiva, as gestantes expressam as percepções e experiências anteriores em relação à saúde bucal, além das intenções referentes aos cuidados com o bebê e a criança. Os questionamentos serviam para esclarecer dúvidas de muitas destas gestantes e havia interação entre elas. Terminada esta ação em grupo cada criança era examinada individualmente no consultório odontológico por ordem de chegada e era preenchida a ficha clínica própria da SMS. Foi realizada a profilaxia com baixa-rotação e pasta dental sem flúor e feito o plano de tratamento. Caso não houvesse necessidade de tratamento orientava-se o retorno ao “Dentinho de Leite” periodicamente. Nos casos em que havia a necessidade de tratamento, a criança era encaminhada, através de agendamento. Este atendimento não acontecia de forma isolada, após a consulta odontológica as crianças participavam de um atendimento de puericultura com a enfermeira da ESF e, caso houvesse necessidade, também uma consulta com a médica da equipe, oferecendo um atendimento integral à criança (BRASIL, 2004).

3.5 COLETA DE DADOS

3.5.1 Equipe de trabalho

A equipe para a coleta de dados foi composta por uma examinadora, cirurgiã-dentista e autora da pesquisa; uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), todas integrantes da ESF Chica Ferreira.

Antes do início das coletas, em várias reuniões prévias realizadas no mês de outubro, a examinadora calibrou as anotadoras esclarecendo dúvidas, maneira de abordagem e significado dos termos utilizados no formulário (APÊNDICE B). As anotadoras organizaram o material para anotação: formulário, caneta, lápis e borracha.

3.5.1.1 Agente comunitária de saúde

Assim que as mães e crianças chegavam eram encaminhadas para uma sala onde aguardavam o atendimento. Após as responsáveis concordarem com a participação na pesquisa através da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) a ACS colhia os dados sobre a caracterização socioeconômica através de entrevista utilizando-se de um formulário como pode ser visto no quadro 3.

Quadro 3 - Itens do formulário preenchidos pela ACS.

<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização sócio-econômica 	
<p>Dados Pessoais da Mãe</p>	
1.Nome da mãe:	
2.Data de Nascimento:	3.Idade:
4.Número de Filhos:	5. Situação Conjugal:
6.Moradores no domicílio:	
7.Endereço:	
8.Telefone:	9.Nível de Escolaridade:
10.Renda Familiar:	
11.Cômodos no domicílio:	
<p>Dados Pessoais da Criança</p>	
12. Nome:	
13. Data de Nascimento:	14. Idade:

Os itens do formulário preenchidos pela ACS que serviram como variáveis independentes para a associação estatística com a S-ECC são:

Moradores no domicílio: Refere-se ao número de pessoas que compõem a Unidade Familiar. Excluem-se deste item os empregados domésticos, visitas e os pensionistas e os inquilinos que residem naquele domicílio (BRASIL, 2001).

Escolaridade: Diz respeito ao número de anos de estudo do indivíduo examinado. A classificação segundo anos de estudo deve ser obtida em função da série e do grau que a pessoa está frequentando ou havia frequentado, considerando a última série concluída com aprovação. A correspondência é feita de modo que

cada série concluída com aprovação seja computada como um ano de estudo (BRASIL, 2001).

Cômodos no domicílio: Refere-se ao número de ambientes da moradia utilizados pelos residentes para necessidades básicas como repouso, estar, preparação de alimentos, higiene, entre outros. Garagens são excluídas deste cálculo (BRASIL, 2001).

Renda Familiar: Deve ser obtida a renda mensal da família, considerando como tal a soma dos rendimentos mensais dos componentes da Unidade Familiar. Deve ser assinalada a renda em reais, sem centavos (BRASIL, 2001).

Também foram utilizadas as variáveis: idade materna, número de filhos e situação conjugal.

3.5.1.2 Auxiliar de saúde bucal

Em seguida a ASB colhia os dados restantes do formulário pertinentes a conhecimentos odontológicos que também servirão de variáveis na associação estatística com a S-ECC como pode ser visto no quadro 4.

Quadro 4: Itens do formulário preenchidos pela ASB.

- Conhecimentos pertinentes à Odontologia
15. Cárie é transmissível?
()SIM ()NÃO
16. Já recebeu orientação odontológica em grupos de gestante?
()SIM ()NÃO

Estes itens foram também variáveis independentes na associação estatística com a S-ECC (variável dependente).

Transmissibilidade: O interesse de se indagar sobre este conhecimento se baseia no fato do risco de cárie estar relacionada com a idade da criança em que a colonização inicial do estreptococos do grupo mutans ocorrer (LAW, SEOW, TOWNSEND, 2007). Quanto mais precoce maior poderá ser a experiência de cárie da criança, e sendo este grupo bacteriano transmissível pela saliva, e sendo as mães o

agente de cuidado na família e disseminadora de informações e hábitos saudáveis, seria relevante a coleta de informação sobre este conhecimento.

O item seguinte é pertinente, pois esses grupos de gestantes são muito importantes para serem trabalhados na ESF, através de informações sobre promoção de saúde. Visam estimular a gestante a ter um papel autônomo, participativo, de colaboradora e agente de sua própria saúde (MINAS GERAIS, 2007) contribuindo para manutenção da integridade bucal das crianças e reduzindo danos pré-existentes.

Além destas perguntas a ASB anotava as informações que a examinadora repassava durante o exame clínico da criança (ceo-d).

3.5.1.3 Examinadora

Estando todos os formulários preenchidos, a examinadora promovia um grupo sobre educação em saúde às mães presentes visando à promoção de saúde. Ele era desenvolvido na ação em saúde bucal intitulada “Dentinho de Leite” como descrito anteriormente. Em seguida foram realizados os exames individuais para o levantamento da experiência de cárie nas crianças entre 06 e 36 meses da área adscrita da ESF Chica Ferreira.

3.5.2 Exame clínico e material utilizado

Após essa primeira coleta de dados, a examinadora procedia ao exame clínico intrabucal da criança. Os exames foram realizados em consultório dentário da UMS Álvaro Guaritá com luz artificial e espelho bucal plano número 5, com os equipamentos de proteção individual conforme as normas de biossegurança na clínica odontológica (BRASIL, 2006).

Primeiramente, a criança foi colocada em decúbito dorsal na cadeira odontológica na posição horizontal. A limpeza das superfícies dentárias para o auxílio no diagnóstico de cárie foi realizada em todas as crianças. A profilaxia foi

realizada com o contra-ângulo em baixa rotação, utilizando escova tipo Robinson e pasta profilática sem flúor. Em seguida os dentes foram lavados e secos com ar comprimido para possibilitar a identificação de lesão de cárie.

O exame teve a seqüência sistemática por quadrante: superior direito, superior esquerdo, inferior esquerdo e inferior direito (PEREIRA, 2003) e um dente foi considerado presente quando qualquer parte estivesse visível (OMS, 1999).

3.5.2.1 Critérios para diagnóstico da cárie dentária

A experiência de cárie dentária foi mensurada utilizando-se o Índice ceo-d, com as alterações da OMS (1999). Este índice é utilizado para os dentes decíduos até a idade de cinco ou seis anos, quando a exfoliação dos dentes torna-se um fator dominante, e a OMS considera (c) como o número de dentes cariados e restaurados com cárie, (e) dentes extraídos devido à cárie e (o) dentes restaurados e sem cárie. Ele indica de maneira cumulativa a experiência passada e presente de cárie. Para a computação do Índice ceo-d médio, os valores individuais foram somados e divididos pelo número total de crianças examinadas. A mancha branca não foi incluída na prevalência de cárie dentária a fim de permitir comparações com outros levantamentos epidemiológicos.

Os critérios para o diagnóstico da cárie utilizados nesta pesquisa foram os prescritos pela OMS (1999) para uma padronização dos levantamentos epidemiológicos e estão descritos a seguir:

- (A) *Coroa hígida*: Quando não há evidência de cárie clínica tratada ou não, e estágios iniciais da doença não são levados em consideração.

- (B) *Coroa cariada*: Quando há a presença de uma lesão com cavidade inconfundível.

- (C) *Coroa restaurada com cárie*: O dente apresenta ao mesmo tempo uma ou mais restaurações e também uma ou mais áreas cariadas.

- (D) *Coroa restaurada e sem cárie*: O dente apresenta uma ou mais restaurações permanentes e não existe cárie em ponto algum da coroa.

- (E) *Dente ausente devido à cárie*.

- (F) *Selante*: Quando o dente possuir selante de fissura em sua superfície oclusal.
- (G) *Suporte para prótese, coroa protética ou faceta*.
- (H) *Traumatismo*: Uma coroa é classificada como fraturada quando parte de sua superfície está ausente como resultado de um traumatismo sem evidência de cárie.

3.5.3 Reprodutibilidade dos métodos de diagnóstico

Após a realização da coleta de dados da pesquisa foram sorteadas 12 crianças (15% da mostra) para serem re-examinadas a fim de se avaliar a reprodutibilidade intraexaminadora do método de diagnóstico e assegurar uma interpretação e aplicação uniforme nos exames quanto aos critérios para diagnóstico da cárie dental. A avaliação foi feita através de teste estatístico para a significância do Kappa, LEE (1995), e o intervalo de confiança observado foi de 95% considerando a concordância quase perfeita, sendo que para a OMS (1999) a maioria das avaliações deveria estar na faixa 85-95%.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos formulários foram tabulados em uma planilha do programa Microsoft® Office Excel® 2007. Em seguida foram analisados através de estatística descritiva e do Teste Exato de Fisher para medir a associação entre as variáveis independentes em relação à variável dependente (presença de cárie). A margem de erro do estudo foi de 6% e o nível de significância menor que 5%.

4 RESULTADOS

Segue a análise descritiva dos resultados. A população de crianças entre 06 e 36 meses de idade na área de abrangência da ESF Chica Ferreira é de 111, destas, 80 (72%) foram examinadas. Para análise dos resultados, os dados e testes estatísticos estão apresentados em tabelas e agrupados em tópicos de acordo com as características da pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na Tabela 1 observa-se os valores da distribuição e da porcentagem de crianças examinadas de acordo com a faixa etária e sexo. Observou-se que 53,8% das crianças avaliadas neste estudo tinham até 18 meses e que 53,7% eram do sexo masculino.

Tabela 1 – Distribuição do número e porcentagem das crianças examinadas segundo faixa etária e sexo da ESF Chica Ferreira, Uberaba - MG, 2009.

Faixa Etária (meses)	Sexo				Total	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
6-12	9	37,5	15	62,5	24	30,0
13-18	12	63,2	7	36,8	19	23,8
19-24	7	58,3	5	41,7	12	15,0
25-30	3	21,4	11	78,6	14	17,5
31-36	6	54,5	5	45,5	11	13,8
Total	37	46,3	43	53,7	80	100

4.2 EXPERIÊNCIA DE CÁRIE

Os valores referentes à distribuição e à porcentagem de crianças com S-ECC de acordo com a faixa etária estão expressos na Tabela 2. Ela indica que a prevalência de cárie na população estudada foi de 20%, e observou-se que ocorreu um aumento significativo no número de crianças que apresentavam ceo-d ≥ 1 com relação à idade ($p=0,0021$). Nas crianças da faixa etária entre 6 e 18 meses, a cárie esteve presente em 7% das 43 examinadas, enquanto 35,1% das 37 crianças entre 19 e 36 meses já tiveram experiência de cárie.

Tabela 2 - Distribuição do número e da porcentagem de crianças com experiência de cárie de acordo com a faixa etária na ESF Chica Ferreira, Uberaba-MG, 2009.

Faixa etária	Com S-ECC		Total		Teste Exato de Fischer p
	n	%	n	%	
6-18m	3	7,0	43	53,7	0,0021*
19-36m	13	35,1	37	46,3	
Total	16	20,0	80	100	

*Significância ($p<0,05$)

A Tabela 3 mostra por faixa etária o Índice ceo-d médio, com os seus componentes separados. A faixa etária de 6 a 18 meses apresentou o ceo-d médio de 0,07, enquanto em crianças de 19 a 36 meses foi 2,05. Em média, uma criança de 3 anos ou menos já possui 1 dente atacado pela doença cárie. Num total de 80 crianças, 813 dentes estavam hígidos (91,1%), 68 cariados (7,6%), e 11 restaurados (1,3%), com total de 892 dentes, com média de 11,15 dentes por criança examinada.

Tabela 3 – Distribuição dos valores absolutos dos componentes do Índice ceo-d médio por faixa etária na ESF Chica Ferreira, Uberaba - MG, 2009.

Faixa Etária	n	Hígido		Cariado		Restaurado		Perdido		ceo-d médio
		n	%	n	%	n	%	n	%	
6-18m	43	220	98,7	03	1,3	00	00	00	00	0,07
19-36m	37	593	88,6	65	9,8	11	1,6	00	00	2,05
TOTAL	80	813	91,1	68	7,6	11	1,3	00	00	0,99

A composição percentual dos componentes do Índice ceo-d estão apresentados na Tabela 4. Em crianças de 6 a 18 meses o componente responsável

pelo índice foi dentes cariados. E na faixa etária de 19 a 36 meses 85,5% dos dentes atacados pela cárie estavam cariados enquanto 14,5% se encontravam restaurados. Não foi observado nenhum dente perdido em nenhuma criança que participou da pesquisa. Incluindo toda a pesquisa 86,1% dos dentes atingidos pela cárie estavam cariados e 14% restaurados.

Tabela 4 – Distribuição da composição percentual do Índice ceo-d por faixa etária na ESF Chica Ferreira, Uberaba - MG, 2009.

Faixa Etária	n	Cariado	Restaurado	Perdido	ceo-d
6-18m	43	100	00	00	100
19-36m	37	85,5	14,5	00	100
Total	80	86,1	14,0	00	100

4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Conforme resultados apresentados na Tabela 5, quando se associou a presença de dentes decíduos atacados pela cárie a variáveis relacionadas a fatores socioeconômicos maternos (número de filhos, faixa etária, situação conjugal, aglomeração familiar, habitação, renda familiar e escolaridade), nenhuma relação foi considerada significativa estatisticamente.

Entre as 41 mães primíparas, 7 (17,1%) tiveram criança com cárie, e 9 (23,1%) mães com mais de um filho também tiveram uma criança de 6 a 36 meses com cárie. Apesar das crianças, cujas mães tiveram mais de um filho, apresentarem maior prevalência de cárie quando comparadas às mães de filho único, esta relação não teve significância estatística ($p=0,582$). Na relação entre faixa etária da mãe e experiência de cárie em seus filhos também não houve diferença significativa ($p=0,135$). Esta faixa etária foi descrita pela média das idades das mães que variou entre 17 e 41 anos. Entre as mães com idade maior que 29 anos, 30,8% possuíam crianças com experiência de cárie, enquanto que 14,8% das mães de até 29 anos possuíam crianças com ceo-d ≥ 1 . Quando se comparou a variável cárie com o convívio da mãe com companheiro ou não, ambos apresentaram 20% das crianças com S-ECC ($p=0,999$). Em relação à aglomeração familiar 18,8% das crianças que convivem em casa com até quatro moradores, apresentaram S-ECC, enquanto que

25% das que habitavam com mais de quatro moradores também apresentavam S-ECC ($p=0,743$). Em relação à quantidade de cômodos no domicílio, também não houve significância ($p=0,815$). Das mães cujas residências eram de até quatro cômodos 21,4% tinham crianças com cárie, e em 19,2% cujas residências eram de mais de quatro cômodos também já sofreram do ataque da cárie dentária.

Tabela 5 – Análise da S-ECC relacionada a variáveis sócio-econômicas maternas na ESF Chica Ferreira, Uberaba - MG, 2009.

Variáveis Socioeconômicas Maternas	ceo-d ≥ 1		Total		Teste Exato de Fischer p
	n	%	n	%	
Número de Filhos					
1	7	17,1	41	51,3	0,582
+ de 1	9	23,1	39	48,7	
Faixa Etária					
17-29 anos	8	14,8	54	67,5	0,135
30-41 anos	8	30,8	26	32,5	
Situação Conjugal					
Com companheiro	13	20,0	65	81,3	0,999
Sem companheiro	03	20,0	15	18,7	
Aglomeración Familiar					
Até 4 moradores	12	18,8	64	80	0,743
+ de 4 moradores	04	25,0	16	20	
Habitação					
Até 4 cômodos	6	21,4	28	35	0,815
+ de 4 cômodos	10	19,2	52	65	
Renda Familiar					
Até 3 SM	16	23,2	69	86,3	0,168
+ de 3 SM	0	0	11	13,7	
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	9	21,0	43	53,7	0,823
+ de 8 anos de estudo	7	19,0	37	46,3	

*Significância ($p < 0,05$)

Quanto à renda familiar das crianças cujas famílias recebem mais de três SM, nenhuma apresentou S-ECC, enquanto que 23,2% das que têm família com renda familiar menor que três SM apresentaram a lesão, mas sem significância com

a S-ECC.($p=0,168$). Quanto maior era a renda familiar, menor era a prevalência de S-ECC. Também não houve significância na relação da prevalência da S-ECC e escolaridade materna ($p= 0,823$), sendo que 21% das crianças cujas mães estudaram até 8 anos apresentaram a doença, enquanto 19% com mais de 8 anos também a apresentaram.

4.4 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS MATERNAS

Em relação às variáveis de conhecimento: participação em grupos de gestante e conhecimento sobre o conceito de transmissibilidade da cárie, ambas mostraram significância estatística quando associadas à S-ECC. Entre as mães que não participaram de nenhum grupo de gestante, 26,8% tiveram filhos com cárie, enquanto que apenas 4,2% das que já participaram destes grupos os filhos apresentaram a lesão ($p= 0,044$). E sobre o conhecimento da transmissibilidade da cárie, 36,4% das mulheres que responderam negativamente tinham filhos com S-ECC, enquanto que apenas 13,8% das que afirmaram conhecer sobre essa particularidade da cárie os filhos apresentaram a lesão ($p=0,052$). Dados podem ser vistos na tabela 6.

Tabela 6 – Análise da S-ECC relacionada a variáveis sobre conhecimentos maternos pertinentes à Odontologia na ESF Chica Ferreira, Uberaba - MG, 2009.

Variáveis Comportamentais Maternas	Total		ceo-d ≥ 1		Teste Exato de Fischer
	n	%	n	%	p
Participação Grupos de Gestante					
Sim	24	30,0	1	4,2	0,044*
Não	56	70,0	15	26,8	
Conhecimento sobre Transmissibilidade					
Sim	58	72,5	8	13,8	0,052*
Não	22	27,5	8	36,4	

*Significância ($p<0,05$)

5 DISCUSSÃO

A experiência de cárie dentária em crianças de 06 a 36 meses de idade da área adscrita da ESF Chica Ferreira será discutida a fim de se analisar a qualidade de saúde bucal sendo útil nos planejamentos das ações de saúde para este grupo, e também será comparada a estudos nacionais e estrangeiros que dispõem dos mesmos dados ora observados. Esta faixa etária compreende um período relevante para o crescimento e desenvolvimento da criança, na qual está inserida a saúde bucal, devendo então incluir-se ações de vigilância à saúde bucal de âmbito coletivo e individual.

Pela dificuldade de acesso a essa população, Lima (2001) e Hallet e O’rourke (2006), os exames foram realizados em consultório odontológico da UMS Álvaro Guaritá uma vez que essas crianças participaram do Grupo “Dentinho de Leite”, além disso, esses exames clínicos são superiores aos epidemiológicos que subestimam quanto ao diagnóstico das lesões cariosas (PEREIRA, 2003). Os exames foram feitos apenas por uma examinadora capacitada para o atendimento odontológico em bebês, minimizando assim erros metodológicos.

Fez-se a comparação com estudos que envolveram a mesma faixa etária e variáveis similares.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Houve uma distribuição relativamente homogênea em relação ao sexo, embora com uma discreta representatividade para o sexo masculino (TABELA 1). Resultado observado também por Freire et al. (1996); Dini et al. (2000); Barros et al. (2001); Santos e Soviero (2002); Gradella et al. (2005); Oliveira (2006); Nomelini e Cunha (2006); Van Palestein-Helderman, Soe e Van’t Hof (2006); Maciel et al. (2007); Livny, Assali e Sgan-Cohen (2007) e Sowole, Sote e Foyalán (2007).

5.2 EXPERIÊNCIA DE CÁRIE

A faixa etária das crianças deste estudo foi dividida em três grupos: 06 a 12 meses (06 a 12 meses completos), 13 a 24 meses (13 a 24 meses completos) e 25 a 36 meses (25 a 36 meses completos) a fim de criar critérios de comparação com outros estudos epidemiológicos (Quadros 1 e 2). Observou-se que a prevalência de cárie dentária aumentou com a idade, como também observaram Freire et al. (1996); Barros et al. (2001); Santos e Soviero (2002); Galindo (2003); Gradella et al. (2005); Brandão et al., (2006); Oliveira (2006); Nomelini e Cunha (2006); Van Palestein-Helderman, Soe e Van 't Hof (2006) e Maciel et al. (2007).

Dos estudos que não incluíram a mancha branca como lesão de cárie na faixa etária de até 12 meses, Galindo (2003) em Belém/PA, Nomelini e Cunha (2006) em Uberaba/MG; Oliveira (2006) em Diadema/SP não encontraram nenhuma criança com a doença, como neste presente estudo. Já outros pesquisadores encontraram crianças com experiência de cárie: Freire et al. (1996) em Goiânia/GO que encontrou em 3,65%; Gradella et al. (2005) em Macapá/AP em 0,7% e Maciel et al. (2007) em Caruaru/PE em 5%. Já os estudos que consideraram a mancha branca como cárie, Barros et al. (2001) em Salvador/BA encontrou uma prevalência de 25%, Santos e Soviero (2002) no Rio de Janeiro/RJ não encontraram em nenhuma criança.

Para a faixa etária de 13 a 24 meses encontrou-se 19,3% das crianças com cárie, sem considerar mancha branca, e seguindo o mesmo critério Freire et al. (1996), Galindo (2003), Gradella et al. (2005), Oliveira (2006), Nomelini e Cunha (2006) e Maciel et al. (2007) encontraram respectivamente 12,7%, 4,2%, 16,7%, 2,3%, 13,9% e 34%. Barros et al. (2001) e Santos e Soviero (2002) que consideraram tal critério encontraram taxas mais altas: 51% e 27% respectivamente de crianças com cárie.

Na faixa etária de 25 a 36 meses encontrou-se 40% das crianças com lesão de cárie, e Freire et al. (1996) 30,1%, Galindo (2003) 25%, Gradella et al. (2005) 44,3%, Oliveira (2006) 14,9%, Nomelini e Cunha (2006) 23,5%, Brandão et al. (2006) 28,2% e Maciel et al. (2007) 69%. As maiores taxas de prevalência foram encontradas na pesquisa de Maciel et al. (2007) em Caruaru/PE, onde a água de abastecimento não é fluoretada. As menores taxas de prevalência foram encontradas

na pesquisa de Oliveira (2006) realizada em Diadema/SP, cidade pólo industrial do estado de São Paulo. Barros et al. (2001) e Santos e Soviero (2002) encontraram respectivamente 71% e 58% quando consideraram mancha branca como lesão de cárie na mesma faixa etária.

Comparando este estudo com o de Nomelini e Cunha (2006) que também foi realizado em uma ESF de Uberaba/MG, aquele teve prevalência de cárie dentária menores em crianças acima de 12 meses. O resultado pode ser explicado, pois o estudo foi realizado em um bairro de classe média e baixa superior enquanto que este estudo que foi em uma área de classe baixa. Além disso, já vinham sendo desenvolvidas atividades educativas, especialmente para gestantes, há pelo menos 8 anos pela mesma cirurgiã-dentista da ESF. Dessa forma, o vínculo da profissional com a comunidade pode ter contribuído para tornar a prevalência menor em relação a este estudo. Outro aspecto relevante, foi o fato das autoras terem examinado, em sua maioria, crianças de até 12 meses, observando em média 7 dentes por criança, enquanto que neste estudo a média foi de 11 e lembrando que a prevalência de cárie aumenta com a idade.

No quadro 5 observou-se os índices ceo-d médio do Brasil, Sudeste e Minas Gerais conforme o SB Brasil 2003, BRASIL (2004b), e na ESF Chica Ferreira na faixa etária de 18 a 36 meses que corresponde à primeira janela de infectividade (CAUFIELD; CUTTER; DASANAYAKE, 1993). A média de dentes atacados pela cárie na região sudeste (0,95) é menor que a média nacional (1,07) e a média de 0,93 de Minas Gerais é ainda menor (MG, 2007), já o da ESF Chica Ferreira foi mais alto quando comparado à mesma faixa etária.

Quadro 5 – Índice ceo-d médio em regiões brasileiras na faixa etária de 18 a 36 meses

REGIÃO	BRASIL	SE	MG	ESF CHICA FERREIRA
ceo-d médio	1,07	0,95	0,93	2,05

5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Muitos trabalhos de prevalência da cárie dental se concentram em estudar os fatores de risco biológico, mas sabe-se que os estudos dos fatores socioeconômicos também são considerados fundamentais na experiência de cárie em crianças (ANTUNES, NARVAI, NUGENT, 2004). Renda, nível de instrução e ocupação são os indicadores utilizados com maior regularidade nos estudos epidemiológicos (BOING et al., 2005).

Analisou-se então, algumas variáveis socioeconômicas na associação estatística com a S-ECC. Vale ressaltar que essas variáveis podem ter significados diferentes quando analisadas em diferentes populações (ARDENGHI, 2006).

A renda familiar é utilizada nos levantamentos epidemiológicos na associação com a cárie dentária. É tida como uma medida diretamente relacionada com as condições materiais de vida, como condições de moradia, trabalho, acesso e conhecimento a cuidados com a saúde que influenciam padrões diferenciados de riscos (BOING et al., 2005). Além desses fatores, ressalta em desvantagens nas informações sobre cuidados em maternos e com as crianças (VACHIRAROJPISAN et al., 2004). Patussi et al. (2001) e Baldani, Narvai e Antunes (2002) reforçam a associação entre cárie dental e distribuição de renda onde municípios com renda média mais elevada tendem a apresentar menores médias de experiência de cárie e melhor qualidade de vida corroborando com Ribeiro, Oliveira e Rosenblatt (2005) e Narvai et al. (2006) que consideram a cárie uma doença polarizada. No presente estudo, a renda familiar não foi associada significativamente à S-ECC como em Santos e Soviero (2002), Brandão et al. (2006) e Sowole, Sote e Folayan (2007) na Nigéria. Encontrou-se crianças cujas famílias recebem até 3 SM com experiência de cárie dentária, o mesmo não ocorrendo em famílias com renda superior a 3 SM, porém sem significância estatística. O critério de se usar o parâmetro de 3 SM se baseia no fato que a maioria da população economicamente ativa do município (59,48%) recebe até três salários mínimos (PMU, 2008). Barros et al. (2001) encontraram alta prevalência de cárie em uma população em que 72,5% tinha a renda familiar de até um SM. Outros autores já encontraram significância na associação desta variável com a cárie dentária Freire et al. (1996); Al-Hosani e Rugg-Gunn (1998) nos Emirados Árabes, Dini, Holt e Bedi (2000); Hallet e O'Rourke

(2003, 2006) na Austrália; Vachirarojpisan et al. (2004) na Tailândia e Meneghim et al. (2007) e com a severidade da cárie dentária (OLIVEIRA, 2006).

Outra variável bastante utilizada é o nível de instrução e têm sido uma das variáveis mais frequentes na associação às condições de saúde bucal. Ele pode afetar a saúde através do favorecimento ao acúmulo de conhecimento que podem influenciar a tomada de hábitos saudáveis (ARDENGHI, 2006). Altos níveis de escolaridade geralmente são preditores de melhores postos de trabalho e melhores condições de moradia (OLIVIERA, 2006). Possuindo melhor nível de escolaridade, certamente aumentaria a probabilidade de maior e melhor acesso a informações, atividades socioculturais, melhor nível de autocuidado, podendo tais fatores refletirem de forma positiva nos demais membros da família. A Ficha A utilizada na ESF em Uberaba conta com itens para a avaliação do grau de risco da família e ter o chefe da família analfabeto é um deles (ESPMG, 2009). Neste estudo, esta variável não mostrou significância com a S-ECC quando se comparou crianças com mães com até 8 anos de estudo e mais de 8 anos. Assim como nos estudos de Santos e Soviero (2002); Van Palestein-Helderman, Soe e Van't Hof (2006) e Brandão et al. (2006), sendo que este último encontrou significância da cárie dentária apenas com a escolaridade paterna. Mesmo sem significância a prevalência de cárie era maior em crianças cujas mães tinham menos anos de estudo. Outros autores encontraram uma relação significativa da cárie dental com a instrução materna (AL-HOSANI; RUGG-GUNN, 1998; DINI; HOLT; BEDI, 2000; HALLET; O'ROURKE, 2003, 2006; VACHIRAROJPISAN et al., 2004; OLIVEIRA, 2006; LIVNY; ASSALI; SGAN-COHEN, 2007; MENEGHIM et al., 2007). Baldani, Narvai e Antunes (2002), através de estudos realizados nos municípios do Paraná puderam observar a correlação entre os níveis de prevalência de cáries com a escolaridade e apontaram ainda a tendência de municípios com piores indicadores educacionais apresentarem também piores prevalências de cárie dentária.

A maneira como a família apóia ou promove a saúde entre crianças é influenciada por vários princípios e mecanismos relacionados às funções familiares, capacidades e características estruturais. Neste sentido, uma família composta pelos pais ao invés de um, ofereceria um ambiente melhor para uma vida saudável, aumentando a autoestima e a confiança, criando oportunidades de acesso a bens, equipamentos e tempo que facilitam práticas de saúde e ainda fornecendo informações necessárias para escolhas mais saudáveis, contribuindo para melhores

níveis de saúde bucal (OLIVEIRA, 2006). De acordo com o exposto, Hallet e O'Rourke (2003, 2006) e Oliveira (2006) observaram significância na relação de ECC com a situação conjugal da mãe, crianças que moravam apenas com a mãe apresentaram maior chance de ter cárie dentária em comparação às crianças que moravam com os pais. Neste estudo, porém, não se encontrou esta relação.

Em relação à idade materna Hallet e O'Rourke (2003 e 2006) obtiveram significância desta variável com a ECC. Segundo esses autores é possível que as mães mais jovens sejam menos propensas a comportamentos de saúde como supervisionar a escovação dos dentes da criança e regular a ingestão de açúcar em relação as mais velhas e mais experientes, assim crianças filhas de mães mais jovens teriam maior prevalência da cárie. Não foi encontrada significância desta variável com a S-ECC neste estudo.

Quanto ao número de filhos, Livny, Assali e Sgan-Cohen (2007) encontraram significância com a cárie dental, sendo que a prevalência maior era em crianças cujas mães possuíam um número maior de filhos. Neste estudo não foi observada esta relação. Segundo Martins (2003), mães com menor número de filhos teriam mais tempo para melhor acompanhamento de seus filhos, incluindo a higiene pessoal.

Também com relação ao número de cômodos e aglomeração familiar no domicílio, este estudo não encontrou significância estatística com a cárie dental. Nesta última variável foi encontrada significância nos municípios do Paraná, Baldani, Vasconcelos e Antunes (2004), o mesmo não acontecendo em Piracicaba (MENEGHIM et al., 2007). Conforme Borrel (1997) o número de pessoas por moradia pode ser utilizado como forma de acessar o nível socioeconômico. A existência de arranjos familiares numerosos, em contextos de privação socioeconômica pode criar obstáculos para o cuidado da saúde bucal infantil.

5.4 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS MATERNAS

As propostas de atendimento e a implantação de ações que visam à promoção de saúde durante a gestação devem ser acessíveis, simples e voltadas para a realidade local a fim de se obter os resultados desejados, assim a

Odontologia estará voltada para a promoção de saúde (MOURA et al., 2001). Quando essas ações são aplicadas em um grupo de risco para a Odontologia como o de gestantes, discutindo-se pontos sobre prevenção e promoção, oferecem a elas informações que quando colocadas em práticas as tornam promotoras de saúde. (CASTRO; TEIXEIRA; MODESTO, 2002).

Contudo, toda comunicação pode apresentar distorções técnicas, semânticas e de influência. A primeira categoria refere-se à eficácia da transferência da informação do transmissor para o receptor, os problemas semânticos resultam da interpretação que o receptor dá ao significado da mensagem enviada pelo transmissor e a influência decorre do êxito da mensagem em induzir o receptor à conduta que o transmissor pretendia (CAMPOS; LIMA, 2007). Sabendo-se dessas informações a única maneira de verificar a eficácia da comunicação é avaliar a resposta do receptor à mensagem emitida (*feedback*). O presente estudo baseou-se então em comparar as informações recebidas das mães (receptor) e associá-las à experiência de cárie em seus filhos. Deve-se ter o cuidado, pois apesar do amplo conhecimento teórico e científico do cirurgião-dentista ou de outro profissional de saúde, essas dificuldades de comunicação podem interferir na elaboração e na transmissão das informações que levaria a uma não adesão ao programa proposto.

Neste estudo, 30% das mães entrevistadas tinham recebido orientações sobre cuidados odontológicos em grupos de gestantes, sendo que apenas uma criança cuja mãe pertencia a este grupo apresentou experiência de cárie, tendo significância estatística ($p=0,04$) com a S-ECC.

Siega (2003) em Uberaba/MG, Scavuzzi et al. (2008) em Feira de Santana/BA, perceberam respectivamente que 64% e 81,6% das gestantes não tinham recebido orientações sobre saúde bucal própria e para o bebê. E na pesquisa de Zardetto, Rodrigues e Ando (1998), uma taxa bem maior (93,7%) não receberam tais orientações. Em pesquisa com 368 mães em Araraquara/SP, 31,5% delas relataram não ter recebido nenhum tipo de orientação sobre prevenção de cárie e manutenção da saúde bucal de bebês (CAMPOS; LIMA, 2007).

Embora a natureza transmissível da cárie dentária seja relativamente bem conhecida na literatura, pouco se sabe se as informações a respeito desta questão estão sendo repassadas à população e corretamente entendidas, pois este é o caminho para que o conhecimento seja levado à prática (SAKAI et al., 2007). Portanto, um item do formulário avaliou o conhecimento da transmissibilidade da

cárie dental por parte das mães, já que a aquisição antecipada do estreptococos do grupo mutans é um importante fator de risco para o início da S-ECC (CAUFIELD; LI, 1995; WAN et al., 2001; FERREIRA; GAÍVA, 2001; CIAMPONI et al., 2001; KONISH; KONISH, 2002; GUIMARÃES et al., 2004; NOCE, 2005; RUBIRA, 2007).

Poucos estudos têm sido destinados ao conhecimento e formas de abordagens para interferir na cadeia de transmissão da cárie dental. Uma abordagem simples sobre a aquisição pela criança e transmissão do agente causal poderia reduzir a experiência de cárie em crianças.

No presente estudo o conhecimento sobre transmissibilidade quando associado ao S-ECC obteve o índice de significância muito próximo a 0,05 ($p=0,044$), sendo por isso considerado como significativo. Das mães entrevistadas 58 mães (72,5%) conheciam sobre esta característica da cárie dental, e apenas oito crianças (13,8%) já tiveram a experiência de cárie. Segundo Santos-Pinto et al. (2001) em entrevista com 237 gestantes, 35% consideraram que a cárie seja transmissível, e Sakai et al (2007), de um total de 640 entrevistados durante uma campanha de vacinação, a maioria (58,7%) responderam que a cárie pode ser transmitida de pessoa a pessoa e 36,5% responderam que beijam suas crianças na boca, já na pesquisa de Campos e Lima (2007) a minoria conhecia sobre a transmissibilidade da cárie.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência foi de 20% da S-ECC em crianças de 06 a 36 meses de idade da ESF Chica Ferreira, aumentando com a idade.

O índice ceo-d médio desta amostra populacional foi de 0,99.

As variáveis socioeconômicas: número de filhos, faixa etária, situação conjugal, aglomeração familiar, cômodos no domicílio, renda familiar e a escolaridade não foram associadas com a ocorrência da S-ECC.

As variáveis de conhecimentos pertinentes à Odontologia tiveram significância estatística na associação com a S-ECC: participação em grupos de gestantes e conhecimento materno sobre a transmissibilidade da cárie.

A saúde e a educação, então, a fim de melhorar a prevenção da S-ECC precisam se integrar para propiciar melhores condições de vida e de saúde através do conhecimento de práticas do autocuidado e com a criança e troca de experiências mútuas que acontecem nos grupos de educação em saúde. Assim o cirurgião dentista tem além da sua função na assistência odontológica, uma função de educador e transformador, ajudando para que as mães tenham confiança em suas habilidades.

REFERÊNCIAS

AAPD - AMERICAN ACADEMY of PEDIATRIC DENTISTRY 2008-2009a. Definitions, Oral Health Polices and Clinical Guidelines. Definitions of Early Chidhood Caries (ECC). Disponível em: <http://www.aapc.org/media/Policies_Guidelines/D_ECC.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2009.

_____ - AMERICAN ACADEMY of PEDIATRIC DENTISTRY 2008-2009b. Definitions, Oral Health Polices and Clinical Guidelines. Policy on Early Chidhood Caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive Strategies. Disponível em: <http://www.aapc.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCEClassifications.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2009.

AL-HOSANI, E.; RUGG-GUNN, A. Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in pre-school children in Abu Dhabi. **Community Dental Oral Epidemiol**, v. 28, p. 241-8, 2000.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C.; NUGENT, Z. J. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. **Community Dental Oral Epidemiol**, v. 26, p. 31-6, 2004.

ARDENGI, T. M. **Experiência e redução de cárie dental associada a fatores sócio-econômicos em crianças brasileiras**. 2006. 96f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) - FOU SP, São Paulo.

AZEVEDO, T. D. P. L.; TOLEDO, O. A. Cárie severa da infância: discussão sobre a nomenclatura. **J Bras Odontopediatr odontol Bebê**, n. 26, p. 336-40, 2002.

BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G. G.; ANTUNES, J. L. F. Associação do Índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saud Pub**, v. 200, n. 1, p. 143-52, 2004.

BARROS, S. A.; CASTRO ALVES, A.; PUGLIESE, L. S.; REIS, S. R. A. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesqui Odontol Bras**, v. 15, n. 3, p. 215-22, jul/set. 2001.

BASTOS, J. T. L.; MONTE ALTO, L. A. Relevância do diagnóstico precoce da doença cárie e dos fatores predisponentes em crianças de tenra idade. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 29, p. 56-59, jan/fev. 2003.

BEAULIEU, E.; DUFOUR, L. A. Early childhood caries: how you can help preserve teeth for live. **Academic Onfile**, v. 40, n. 6, may. 2000.

BENGSTON, N. G.; BENGSTON, A. L.; BENGSTON, C. R. G.; PINHEIRO, S. L.; CICHELO, L. R. D. Educação e higiene bucal de bebês: dispositivos e escovas dentais do mercado brasileiro. **JBP**, v. 5, n. 24, p. 154-62, mar/abr. 2002.

BOING, A. F.; PERES, M. A.; KOVALESKI, D. F.; ZANGE, S. E.; ANTUNES, J. L. F. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: característica da produção da década de 90. **Cad Saúde Pub**, v. 21, n. 3, p. 673-8, 2005.

BÖNECKER, M.; ARDENGHI, T. M.; TRINDADE, C. P.; CURY, P. A transmissão vertical de *Streptococcus mutans* e suas implicações. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 7, n. 37, p. 297-303, 2004.

BORREL, C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em saúde. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 167-195.

BRANDÃO, I. M. G.; ARCIERI, R. M.; SUNDEFELD, M. L. M.; MEIMAZ, S. A. S. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do *locus* de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1247-56, jun. 2006.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde Bucal, Relatório Final, Brasília, 1993, 28p.

_____. **Ministério da Saúde**. Projeto SB2000: Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. Brasília, 2001.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Criança - Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Série Cadernos de Atenção Básica; n.11, série A. Normas e manuais técnicos, n. 173. Brasília, 2002.

_____. **Ministério da Saúde.** Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 16p, 2004a.

_____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Resultados principais. 68p, Brasília, 2004b.

_____. **Ministério da Saúde.** Serviços Odontológicos, Prevenção e Controle de Riscos, Tecnologia em Serviços de Saúde, Ed. ANVISA, Brasília, 2006.

_____. **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 28 jun. 2009.

_____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB Brasil 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, Proposta de projeto técnico para consulta pública, Brasília, 2009.

BRAY, K. K. I.; BRANSON, B. G.; WILLIAMS, K. Early childhood caries in an urban health department: an exploratory study. **Journal of Dental Hygien**, v. 77, n. 4, p. 225-8, 2003.

CAMPOS, J. A. D. B.; LIMA, N. A. Etiopatogenia da cárie da primeira infância: conhecimento materno atribuído à orientação médica ou odontológica. **Rev Odontol UNESP**, v. 36, n. 3, p. 217-22, 2007.

CAUFIELD, P. W.; CUTTER, G. R.; DASANAYAKE, A. P. Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants: Evidence for a Discrete Window of Infectivity. **J Dent Res**, v. 72, n. 1, p. 37-45, 1993.

CAUFIELD, P. W.; LI, Y. The Fidelity of Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants from Their Mothers. **J Dent Res**, v. 74, n. 2, p. 681-85, 1995.

CASTRO, L. A; TEIXEIRA, D. L. S.; MODESTO, A. A influência do perfil materno na saúde bucal da criança: relato de caso. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 5, n. 23, p. 70-4, 2002.

CIAMPONI, A. L. F.; FERNANDES, F. R. C.; CORRÊA, M. S. N. P.; GUERERA, A. C. A. Cárie Dentária. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 1ª. ed. São Paulo: Santos, 2001. cap. 17, p. 195-208.

CIAMPONI, A. L. F.; TESSLER, A. P. C. V.; CORRÊA, M. S. N. P. Controle Mecânico e Químico da Placa Bacteriana. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. 1ª. ed. São Paulo: Santos, 2001. cap. 22, p.271-8.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Sistema de Cadastro, 2009. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/municipios_brasil.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2009.

CORRÊA, M. S. N. P.; RODRIGUES, C. R.; ULSON, R. C.; FAZZI, R. Cárie rampante: considerações sobre etiologia. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 45, n. 5, p. 597-600, set./out. 1991.

DEAN, J.; HUGHES, C. V. Métodos mecânicos e quimioterápicos caseiros de higiene oral. In: McDonald, R.E; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. cap. 11. p. 175-194.

DE BENEDETTO, M. S.; ZARDETTO, C. G. C.; BONECKER, M. S.; BARRETO, M. A. C.; CORRÊA, M. S. N. P. Correlação epidemiológica de prevalência e necessidade de tratamento de cárie dentária entre mães e bebês de 6 a 24 meses de idade em São Paulo. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 2, n. 9, p. 357-61, nov.dez. 1999.

DE SANTI, L. N. **Cuidando da Saúde Bucal do seu Filho: o significado para um grupo de mães**. 2003. 188f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DINI, E. L.; HOLT, R. D.; BEDI, R. Caries and its association with infant feeding and oral health related behaviors in 3-4 year old Brazilian children. **Community Dental Oral Epidemiol**, v. 28, p. 241-8, 2000.

ESPMG. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, Belo Horizonte, 2009.

FERREIRA, A. C. R.; GAÍVA, M. A. M. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 4, n. 22, p. 485-9, nov/dez. 2001.

FERREIRA, S. L. M. **Avaliação das Condições de Saúde Bucal de crianças com desnutrição intra-uterina.** 2003. 131 f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

FREIRE, M. C. M.; MELO, R. B.; ALMEIDA e SILVA, S. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia-GO, Brazil. **Community Dental Oral Epidemiol**, v. 24, p. 357-61, 1996.

GALBIATTI, F; GIMENEZ, C. M. M.; MORAES, A. B. A. Odontologia na Primeira Infância: Sugestões para a clínica do dia-a-dia. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 5, n. 28, p. 512-517, nov./dez. 2002.

GALINDO, V. A. C. **Avaliação da influência da educação precoce em saúde bucal e do uso de dentifrícios fluoretados sobre a prevalência de cárie dentária na primeira infância do município de Belém – Pará.** 2003. 143 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Integrada) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

GASTON, J. A.; LANDGRAF, J. M.; CASAMASSIMO, P. S.; WILSON, S.; GANZBERG, S. Evaluation of a generic quality of life instrument for early childhood caries – related pain. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 36, p. 434-40, 2008.

GOURSAND, D.; PAIVA, S. M.; VASCONCELOS, R. A saúde bucal e a educação: o que os educadores em formação conhecem sobre o tema. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 7, n. 40, p. 575-84, 2004.

GRUEBBEL, A. O. A measurement of dental caries prevalence, and treatment service for deciduous teeth. **J Dent Res**, v. 23, n. 3, p. 163-8, 1944.

GUEDES-PINTO, A. C. Cárie dentária In: _____ **Odontopediatria**. 4. ed. São Paulo:Santos, 1993. cap. 21, p. 355-401.

GUIA SEI Uberaba, 2005. **Sociedade Anônima Brasileira de Empreendimentos, SABE**, p. 31.

GUIMARÃES, M. S.; ZUANON, A. C. C.; SPOLIDÓRIO, D. M. P.; BERNARDO, W. L. C.; CAMPOS, J. A. D. B. Atividade de cárie na primeira infância fatalidade ou transmissibilidade? **Cienc Odontol Bras**, n. 7, v. 4, p. 45-51, 2004.

GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I. do C. C.; OLIVEIRA, A. L. As origens, objetivos, e razões de ser da Odontologia para bebês. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 29, p.83-6, jan./fev. 2003.

HALLET, K. B.; O'ROURKE, P. K. Social and behavioral determents of early childhood caries. **Australian Dent Journal**, v. 48, n. 1, p. 27-33, 2003.

_____. Pattern an severity of early childhood caries. **Community Dental Oral Epidemiol**, v. 35, p. 25-35, 2006.

HOLANDA, J. Z.; RODRIGUES, M. J. Cárie precoce na infância; Relato de caso clínico. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 29, p. 12-17, jan/fev. 2003.

IBGE. 2008. Cidades@. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 26 jun. 2009.

JOSÉ, S. N.; MATHIAS, R. S.; ROMITO, G. A. A prevalência de placa dental em crianças de zero a 36 meses de idade da cidade de São João da Boa Vista – São Paulo. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 5, n. 28, p. 484-9, nov./dez. 2002.

KONISH, F.; KONISH, R. Odontologia intra-uterina: um novo modelo de construção de saúde bucal In: **Odontopediatria – Prevenção**. 20^o CIOSP. São Paulo: Artes Médicas, 2002. v. 4, cap. 09, p. 155-166.

KUHN, E.; WAMBIER, D. S. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. **Pesq Bras Odontopediatr Clin Int**, v. 7, n. 1, p. 75-81, jan/abr. 2007.

LAW, V; SEOW, W. K.; TOWNSEND, G. Factors influencing oral colonization of mutans streptococci in young children. **Australian Dental Journal**, v. 52, n. 2, p. 93-100, 2007.

LEE. LABORATÓRIO DE EPIDEMIOLOGIA E ESTATÍSTICA (1995). Disponível em: <<http://www.lee.dante.br/pesquisa/kappa/index.html>>. Acessado em: 1^o. ago. 2009.

LEMO, L. V. F. M.; BARBOSA, D. L.; RAMOS, C. J.; MYAKI, S. I. Influência do fator assiduidade à consulta odontológica na prevalência de cárie dentária em indivíduos atendidos na Bebê Clínica da Prefeitura Municipal de Jacareí, SP, Brasil. **Pesq Bras Odontopediatr Clin Int**, v. 6, n. 2, p. 203-207, mai/ago. 2008.

LIMA, C. M. G. **Prevenção da Cárie Precoce na Infância**: uma visão através da vulnerabilidade e da Promoção da Saúde. 2001. 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LIMA, K. C.; NEVES, A. A.; SANCHES; A. L. S. F.; VALENTE, A. G. L.; MARSIAJ, J. G.; CASTRO, R. A. L.; RIBEIRO, A. A. Relevância clínica do conceito de transmissibilidade da cárie dental. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 5, n. 24, p.113-118, mar./abr. 2002.

LIVNY, A.; ASSALI, R.; SGAN-COHEN, H. D. Early childhood caries among a Bedouin community residing in the eastern outskirts of Jerusalem (research article). **BMC Public health**, v. 7, n. 167, jul. 2007.

MACHADO, M. A. A. M.; SILVA, S. M. B.; ABDO, R. C. C. Protocolos clínicos, preventivos e restauradores no Atendimento Odontológico de Bebês. In:_____ **Odontologia em Bebês**. Ed. Santos, 2005. cap. 4, p. 73-136.

MACIEL, S. S. V. V.; OLIVEIRA, R. L. C. C.; FERNANDES, A. C. A.; STEINHAUSER, H. C.; TORRES, M. J. S.; FREIRE, M. N. B.; FRANCA, M. S. Prevalência de cárie precoce na infância em crianças de 6 a 36 meses em creches públicas de Caruaru/PE. **Pesq Bras Odontopediatr Clin Integ**, v. 7, n. 1, p. 59-65, 2007.

MAGALHÃES, A. C.; RIOS, D.; HONÓRIO, H. M.; CAVAZOLLA, A. S.; SILVA, S. M. B.; MACHADO M. A. A. M. Avaliação da efetividade do treinamento de mães para higienização bucal de seus bebês. **Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 8, n. 41, p. 48-53, 2005.

MARTINS, S. **Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares**: uma abordagem sob a ótica do Programa de Saúde da Família. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MATTOS-GRANER, R. O.; SMITH, D. J.; KING, W. F.; MAYER, M. P. A. Water-insoluble Glucan Synthesis by Mutans Streptococcal Strains Correlates with Caries - Incidence in 12- to 30-month-old Children. **J Dent Res**, v. 79, n. 6, p. 1371-77, 2000.

MATTOS-GRANER, R. O.; ZELANTE, F.; LINE, R. C. S. R.; MAYER, M. P. A. Association between caries prevalence in clinical, microbiological and dietary variables in 1.0 to 2,5 year-old brazilian children. **Caries Res**, n. 32, p. 319-23, 1998.

McDONALD, R. E. Cárie dentária na criança e no adolescente. In: McDonald, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 6ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1994. cap. 10, p. 151-75.

MENEGHIM, M. C.; KOZLOWSKI, F. C.; PEREIRA, A. C.; AMBROSANO, G. M. B.; MEGEGHIM, Z. M. A. P. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Cien Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 523-9, 2007.

MILGRON, P.; RIEDY, C. A.; WEISTEIN, P.; TANNER, A. C. R.; MANIBUSAN, L.; BRUSS, J. Dental caries and its relationship to bacterial infection, hipoplasia, diet, and oral hygiene in 6-36 month-old children. **Community Dent oral Epidemiol**, v. 28, n. 4, p. 295-306, 2000.

MILNES, A. R. Description and epidemiology of nursing caries. **J Public Health Dent**, v. 56, n. 1, p. 38-50, 1996.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. Saúde em Casa, 2ª. ed. 2007.

MOHEBBI, S. Z.; VIRTANEN J. I.; MURTOMAA, H.; VAHID-GOLPAYEGANI, M.; VEKALAHTI, M. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. **International Journal of Paediatric Dentistry**, n. 18, p. 48-55, 2008.

MOURA, L. F. A. D.; LIRA, D. M. M. P.; MOURA, M. S.; BARROS, S. S. L. V.; LOPES, T. S. P.; LEOPOLDO, V. D.; MOURA, A. D. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. **J Bras Odontoped Odontol Bebê**, v. 4, n. 17, p. 10-4, jan/fev. 2001.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-93, 2006.

NOCE, E. **Aquisição de Estreptococos Mutans e periodontopatógenos para primogênitos de 7 a 19 meses de idade. Estudo longitudinal em famílias**. 2005. 127f . Dissertação (Mestre em Odontopediatria), FOU SP, Bauru.

NOMELINI, M. H. D.; CUNHA, S. F. C. Prevalência de cárie e determinação dos fatores cariogênicos em bebês de uma Equipe Saúde da Família, Uberaba - MG. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 9, n. 47, p. 73-8, 2006.

NORONHA, J. C.; RIBEIRO, F. R. D.; MASSARA, M. L. A.; SOUKI, B. Q. Parâmetros clínicos para a classificação do estado motivacional familiar em odontopediatria. **JBP**, v. 4, n. 17, p. 63-7, jan/fev, 2001.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. 4. ed. São Paulo: Santos;1999, 66p.

OLIVEIRA, L. B. **Experiência de cárie em crianças de 5 a 59 meses de idade e sua associação a fatores socioeconômicos e estado nutricional Diadema, São Paulo**. 2006. 90 f. (Doutorado em Odontopediatria) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

PATUSSI, M. P.; MARCENES, W.; CROUCHER, R.; SHEIHAM, A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. **Soc Sci & Med**, v. 53, p. 915-25, 2001.

PEREIRA, C. A. **Odontologia em saúde coletiva – Planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre:Artmed, 2003, 440p.

PEREIRA, M. B. B.; FREIRE, M. C. M. An infant oral health programme in Goiânia-GO-Brazil: results after 3 years of establishment. **Braz Oral Res**, v. 18, n. 1, p. 12-7, 2004.

PETERSEN, P. E. Socialbehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 33, p. 274-9, 2005.

PINKHAM, J.R. Da Concepção aos três anos. In:_____. **Odontopediatria - da Infância à Adolescência**. 2ª. ed. Artes Médicas, 1996. seção I, p. 157-266.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4ª. ed, Santos, 2000, 541p.

PLUTZER, K.; SPENCER, A. J. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 36, p. 335-46, 2008.

PMU. PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2008. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br>>. Acessado em: 29 jun. 2009.

RIBEIRO, A. G.; OLIVEIRA, A. F.; ROSENBLATT, A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses. Na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad Saud Pub**, v. 21, n. 6, p. 1695-700, 2005.

RUBIRA, C. M. F. **Estudo longitudinal sobre similaridade, transmissão e estabilidade de colonização de Streptococcus mutans em famílias brasileiras.** 2007. 112p. Tese (Doutorado Estomatologia) - FOB USP, Bauru.

SAIED-MOALLEMI, Z.; VIRTANEN, J. I.; GHOFRANIPOUR, F.; MURTOMAA, H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 9, n. 2, p.79-83, 2008.

SAKAI, V. T.; OLIVEIRA, T. M.; SILVA, T. C.; MORETTI, A. B. S.; GELLER-PALTI, D.; BIELLA, V. A.; MACHADO, M. A. A. Knowledge and attitude of parents or caretakers regarding transmissibility of caries disease. **J Appl Oral Sci**, v. 16, n. 2, p. 150-4, 2007.

SALES CUNHA, C. B. C; RIBEIRO, A. A.; VOLSCHAN, B. C. G. Seria a Cárie Dental uma Doença Transmissível? **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 30, p. 107-110, mar/abr. 2003.

SANT'ANNA, G. R.; BÖNECKER, M.J. S.; DUARTE, D. A.; SUGA, S. S. **Caderno de Odontopediatria-cariologia-diagnóstico, controle e tratamento.** São Paulo:Santos 1ª. ed. 2001, 82p.

SANTOS, A. P. P.; SOVIERO, V. M. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. **Pesqui Odontol Bras**, v. 16, n. 3, p. 203-8, 2002.

SANTOS-PINTO, L.; UEMA, A. P. A.; GALASSI, M. A. S. CIUFF, N. J. O que as gestantes conhecem sobre Saúde Bucal? **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 4, n. 21, p. 429-34, set/out. 2001.

SCAVUZZI, A. I. F.; NOGUEIRA, P. M.; LAPORTE, M. E.; CASTRO ALVES, A. Avaliação dos conhecimentos e práticas em saúde bucal de gestantes atendidas no setor público e privado, em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 1, n. 8, p. 39-45, jan./abr. 2008.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Boletim de Julho de 2009 fornecido pela Secretaria de Saúde de Uberaba.

SIEGA, A. C. A. **Avaliação do conhecimento das gestantes no último trimestre de gravidez e/ou mães de crianças de até 24 meses da cidade de Uberaba/MG sobre o tratamento odontológico.** 2003. 68f. Monografia (Especialização em Odontopediatria) – ABENO, São Paulo.

SILVA NETO, J. M.; COSTA, L. E. D; DUTRA, M. I. M.; MOREIRA, P. V. L. Lesões de Estabelecimento Precoce: Definição, Prevalência e Fatores de Risco. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 9, n. 51, p. 400-4, 2006.

SIMIONI, L. R. G; COMIOTTO, M. S.; RÊGO, D. M. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. **Rev Pos Grad**, v.12, n. 2, p. 165-73, 2005.

SOARES, E. L.; VOLSCHAN, B. C. G. Cárie de estabelecimento precoce: relação entre o biológico e o psicossocial. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 34, p. 533-40, 2003.

SOWOLE, A.; SOTE, E.; FOLAYAN, M. Dental caries pattern and predisposing oral hygiene related factors in Nigerian preschool children. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 8, n. 4, p. 206-210, 2007.

TANNER, A. C. R.; MILGRON, P.; KENT Jr, R.; MOOKEEM, S. S.; PAGE. R. C.; LIAO, S.I.; RIEDY, C. A. BRUSS, J. B. Similarity of the oral microbiota of pre-school children with that of their caregivers in a population-based study. **Oral Microbiol Immunol**, v. 17, n. 6, p. 379-87, 2002.

TIVERON, A. R. F.; BENFATTI, S. V.; BAUSELIS, J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde bucal em gestantes do município de Adamantina-SP. **Rev Ibero-ame Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 7, n. 35, p. 66-77, 2004.

TORRES, S. A.; ROSA, O. P. S.; AKIYOSHI, N.; SILVEIRA, A. M. M.; BRETZ, W. A. Níveis de infecção do grupo mutans em gestantes. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 225-31, jul/set. 1999.

TWETMAN, S. Prevention of early childhood caries (ECC) – Review of literature published 1998-2007. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 9, n. 1, p. 12-8, 2008.

UNICEF, Índice de Desenvolvimento Infantil. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/IDI_2004.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2009.

USHIDA, N.; ISHIHARA, R.; KOBAYASHI, N.; MATSUKUBO, T.; OKUDA, K. Initial acquisition and transmission of *Streptococcus mutans* from Japanese mothers to children. **Pediatric Dental Journal**, v. 19, n. 1, p. 98-105, 2009.

VACHIRAROJPISAN, T.; SHINADA, K.; KAWAGUCHI, Y.; SONKOTE, T. Early childhood caries in children aged 6-19 months. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 32, p. 133-42, 2004.

VAN PALESTEIN-HELDERMAN, W. H.; SOE, W.; VAN'T HOF, M. A. Risk factors of early childhood caries in Southeast Asian Population. **J Dent Res**, v. 85, n. 1, p. 85-8, 2006.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê: Odontopediatria do nascimento aos 3 anos**, cap. 1, p. 1-5, São Paulo: Artes Médicas, 1997.

WALTER, L. R. F.; NAKAMA, L. Prevenção da cárie dentária através da identificação, determinantes e controle dos fatores de risco em bebês. Parte 1. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 1, n. 3, p. 91-100, 1998.

WAN, A. K. L.; SEOW, W. K.; WALSH, L. J.; BIRD, P. S.; TUDEHOPE, D. I.; PURDIE, D. M. Association of *Streptococcus mutans* infection and oral developmental nodules in pre-dentate infants. **J Dent Res**, v. 80, n. 10, p.1945-8, 2001a.

_____. Oral colonization of *Streptococcus mutans* in six-month-old predentate infants. **J Dent Res**, v. 80, n. 12, p. 2060-65, 2001b.

WHO. **The World Oral Health Report**, Petersen, P. E. Geneve, 2003.

WYNE, A. H. Early Childhood Carie: Nomenclature and case definition. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 27, n. 5, p. 313-5, 1999.

ZANATA, R. L. **Avaliação da efetividade de um programa de Saúde Bucal direcionado a gestante sobre a experiência de cárie de seus filhos**. 2001. 175f. Tese (Doutorado em Dentística) - FOU SP, Bauru.

ZANATA, R. L.; NAVARRO, M. F. L.; PEREIRA, J. C.; FRANCO, E. B.; LAURIS, J. R. P.; BARBOSA, S. H. Effect of caries preventive measures directed to expectant

mothers on caries experience in their children. **Braz Dent J**, v. 2, n. 14, p. 75-81, 2003.

ZARDETTO, C. G. D. C.; RODRIGUES, C. R. M. D.; ANDO, T. Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de saúde bucal de gestantes de níveis sócio-culturais diferentes. **RPG- FO/USP**, v. 5, n. 1, p. 69-74, jan/ mar. 1998.

ZUANON, A. A. A.; MOTISUKI, C.; BORDIN, M.; ZUIM, K. Quando levar a criança para primeira visita ao dentista? **J Bras Odontopediatr Odontol Bebe**, v. 4, n. 20, p. 321-4, jul./ago. 2001.

ANEXO 1

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE FRANCA

Pró-Reitoria Adjunta de Pesquisa e de Pós-Graduação

CEPE - Comitê de
Ética
em Pesquisa

DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa (protocolo nº 141/08), intitulado “Experiência de cárie dentária associada a fatores de risco em crianças de 6 a 36 meses de idade na ESF Chica Ferreira – Uberaba/MG” de autoria da pesquisadora Alessandra Cristina de Araújo Siega por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca-SP (registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005), foi deliberado **APROVADO** na 8ª Reunião Ordinária realizada em 30 de outubro de 2009.

Franca, 30 de outubro de 2009.


Prof. Dr. Carlos Henrique Gomes Martins
Coordenador do CEPE da Universidade de Franca

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Eu, _____, RG _____, abaixo qualificada, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de objeto e também representante legal do objeto de pesquisa, que fui devidamente esclarecida sobre o Projeto de Pesquisa intitulado: **Relação de cárie dental entre crianças de 06 a 35 meses e suas mães, bem como sua associação a fatores sócio-econômicos**, desenvolvido pela aluna Alessandra Cristina de Araujo Siega do Curso de Mestrado em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca.

O presente estudo tem a finalidade de perceber o conhecimento das mães de crianças de até 03 anos de idade sobre os hábitos de higiene bucal, tanto delas quanto de seu filho(a). Suas informações são muito importantes e traz subsídios aos dentistas de como ajudá-las a cuidar da saúde bucal de seu filho, para tanto você responderá algumas perguntas. Também serão analisados os índices de cárie da responsável e de seu filho, deste último também será observado o índice de placa visível. Não haverá risco nenhum durante o exame, pois os princípios de biossegurança serão atendidos. Os informantes deste estudo têm completa liberdade de participação podendo retirar seu consentimento em qualquer momento, o que não acarretará nenhum prejuízo para os mesmos.

DECLARO que após convenientemente esclarecida pela pesquisadora e ter entendido o que nos foi explicado, consinto voluntariamente em participar e também que meu dependente legal _____ participe desta pesquisa.

entrevistada

entrevistadora

Uberaba, _____ de _____ de 200____.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)