



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL COM MÃES E BEBÊS NO
SERVIÇO PÚBLICO**

Maria Elisa Machado Ferreira Marcelo

Fortaleza - CE
Dezembro, 2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MARIA ELISA MACHADO FERREIRA MARCELO

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL COM MÃES E BEBÊS NO
SERVIÇO PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira

Fortaleza - CE
2009

MARIA ELISA MACHADO FERREIRA MARCELO

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE
BUCAL COM MÃES E BEBÊS NO SERVIÇO PÚBLICO**

Grupo de pesquisa: Epidemiologia

Linha de pesquisa: Análise da situação de saúde

Núcleo Temático: Saúde Bucal

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira – UNIFOR

Profa. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto - UNIFOR

Prof. Dr. Luiz Roberto Augusto Noro - UFRN

Profa. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira – UNIFOR

Aprovada em: ____/____/____

Aos meus pais Mariê e Jameire e ao meu marido
Túlio pelo amor, apoio e compreensão em todos os
momentos de nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. Anya Vieira, por todos os ensinamentos, pelo grande apoio na construção desse trabalho, pela confiança em mim, pelo exemplo profissional de dedicação e empenho com a docência, desenvolvendo em seus alunos o desejo de continuar.

Aos professores e funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva por possibilitar, através de seu comprometimento e disposição, o nosso crescimento profissional.

À professora Sharmênia Nuto, pela importância que teve em minha formação profissional. Por me incentivar e pela força para que eu continuasse a buscar a realização do mestrado. Pelo exemplo de professora que é, tornando as aulas um momento de aprendizado mútuo, descontruído e rico.

Ao professor Luiz Noro, pela importância durante minha graduação, despertando o meu interesse pela Saúde Coletiva. Pelo apoio e confiança em mim como profissional. Por sua calma e sua força no desempenho do ensino.

Às amigas que conquistei durante o mestrado, que possibilitaram momentos muito agradáveis de construção de conhecimento e de parceria.

À Paula Ventura, pela amizade, pelo companheirismo e pelas conquistas que juntas estamos alcançando. Pelo apoio enorme no desenvolvimento deste estudo.

Ao município de Sobral, por ter me proporcionado vivenciar experiências exitosas na Estratégia Saúde da Família, fortalecendo o meu sonho de melhores condições de saúde bucal para a nossa população. Por aceitar o desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos profissionais das equipes de saúde da família do Bonfim e do Dom Expedito em Sobral-CE, pelo apoio que possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa.

Às mães e bebês das Comunidades do Bonfim e Dom Expedito que participaram deste estudo, viabilizando a análise desejada.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus, pela oportunidade da vida e por sempre me guiar por caminhos de prosperidade e luz, permitindo o meu crescimento espiritual.

Ao meu querido pai, Mariê, um homem forte que não mediu esforços para educar a mim e aos meus irmãos, nos ensinando os reais valores da vida. Por sempre acreditar em mim e apoiar as minhas decisões, mesmo quando era difícil concordar com elas. Foi com ele que aprendi a ter forças para lutar pelo que acredito. Obrigada por me orientar pelo caminho certo.

À minha mãezinha amada, Jameire, tão frágil e tão forte. Meu exemplo, minha companheira, minha vida. Ensinou-me a enxergar o que há de bom em cada detalhe das experiências vividas. Sempre vibrou com minhas conquistas e apoiou meus sonhos, me orientando a refletir para chegar às escolhas certas. Agradeço-te sempre.

Ao meu eterno companheiro Túlio, amado e querido do jeitinho que é. Juntos, temos crescido bastante. Obrigada por estar ao meu lado no mais amplo sentido da palavra em todos os momentos de nossas vidas. Pelo amor, pelo aprendizado, pelo apoio, por entender as ausências nessa jornada. Vencemos mais esse desafio!

Aos meus irmãos, Marinone, Mariê Júnior e Mairon, cúmplices de muitas traquinagens e de muitos desafios. Crescemos unidos, somos fortes assim. Agradeço por serem meus irmãos, por terem me ensinado muito, por acreditarem em mim. Por termos crescido apoiando-nos e incentivando-nos mutuamente.

À minha avó Santa, pela maneira alegre com que sabe nos confortar. Pelo exemplo de vida e de superação. Pelas orações diárias e por aquelas das horas difíceis. Pelo amor puro.

À minha avó Maria e ao meu avô Jaime, que apesar da distância sempre foram muito presente. Obrigada por todos os momentos juntos, por todas as alegrias compartilhadas, por todas as memórias que guardo em meu coração. Por todas as palavras de força durante essa caminhada.

Ao meu sogro e minha sogra pelo grande apoio que nos deram durante essa etapa de nossas vidas. Pela confiança em mim, por acreditar no meu sucesso. Pela companhia amiga da minha sogra querida.

Aos meus cunhados Vânia, Viviane, Márcio, Ruth e Eunice pela torcida, pelas palavras de força, pela amizade.

Em nome da Tia Márie e da Rafaela, agradeço à todos os meus tios paternos, por todo o pensamento positivo a mim dispensado, pelos conselhos, por todas as palavras de incentivo e confiança.

Aos meus tios maternos, representados pela Tia Héliida, que mesmo distante me apoiaram com palavras de força e de estímulo.

Às minhas queridas amigas Danielle Albuquerque e Kadidja Machado, por sempre manter aceso o meu desejo de fazer o mestrado e ser professora. Estimulando-me e confiando no meu potencial. Por todos os momentos felizes que passamos juntas.

Às minhas companheiras de trabalho por ter me apoiado e entendido minhas ausências, quando precisei.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse mestrado tão desejado. Muito obrigada!

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e, sim,
a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás
o que colher”.*

Cora Coralina

RESUMO

Os problemas de saúde bucal continuam prevalentes no Brasil. Diversas estratégias têm sido desenvolvidas para melhoria dessa situação. Observa-se um aumento nas publicações nacionais sobre programas de cuidado precoce e atenção odontológica aos bebês e gestantes durante o pré-natal. Entretanto, a grande maioria destes avalia programas de extensão desenvolvidos por universidades ou ações pontuais na comunidade. São escassos trabalhos que avaliam programas contínuos desenvolvidos por equipes de saúde da família. O presente estudo objetiva analisar a efetividade do Programa de Atenção em Saúde Bucal às Gestantes, Puérperas e Bebês (PASB-GPB), desenvolvido por profissionais da equipe de saúde da família da Comunidade Dom Expedito, em Sobral-CE. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritivo-analítica e comparativa, com o universo de crianças na faixa etária de 18 a 36 meses e suas mães, pertencentes a duas comunidades distintas em relação à assistência odontológica: grupo A, com acompanhamento pelo PASB-GPB e grupo B sem nenhum tipo de atenção odontológica. Realizou-se entrevista baseada em um questionário semi-estruturado sobre práticas alimentares das crianças e hábitos de higiene bucal das mães e dos filhos, e exame bucal com finalidade epidemiológica das mães e crianças dos dois grupos. A partir dos resultados, evidenciou-se melhor grau de conhecimento entre as mães do grupo A, porém pouco se percebe na mudança comportamental. Em relação à higiene bucal, observa-se mudança de atitude, porém as práticas alimentares das crianças não apresentam diferença entre os grupos. Comprovaram-se melhores condições de saúde bucal de mães e bebês acompanhados pelo PASB-GPB. Observou-se que as mães não se percebem diferentes em relação à saúde bucal delas e de seus filhos, apesar da real diferença observada entre os grupos com e sem acompanhamento em saúde bucal. O PASB-GPB mostra efetividade na geração de conhecimento, o que não garantiu melhoria de atitude em relação à saúde bucal. O programa é efetivo também em relação às condições de saúde bucal de mães e filhos.

Palavras chave: Promoção da saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde; Programa saúde da família; Saúde bucal; Saúde materno-infantil

ABSTRACT

The oral health problems are still prevalent in Brazil. Several strategies have been developed to improve this situation. There has been an increase in national publications regarding early care programs and dental care for infants and pregnant women during prenatal care. However, the majority of these evaluates programs developed by universities or specific actions in the community. There are few studies evaluating ongoing programs developed by teams of family health. This study examines the effectiveness of the Maternal and Child Oral Health Attention Program (MCOHAP) developed by professional team of family health in the Community Dom Expedito in Sobral, Ceará. This is a cross-sectional study, descriptive, analytical and comparative, with the universe of children aged 18 to 36 months and their mothers, belonging to two distinct communities in relation to dental care: group A, attending by MCOHAP and group B without any kind of dental care. The interviews were based on a semi-structured questionnaire on eating habits of children and oral hygiene habits of mothers and children, and oral examination on national epidemiology of mothers and children in both groups. From the results, there was a better level of knowledge among mothers of group A, but little can be seen in behavioral change. In relation to oral hygiene, there is change of attitude, but the eating habits of children show no difference between the groups. Proved to be better oral health status of mothers and babies attending by MCOHAP. It was observed that mothers do not note different in relation to oral health of them and their children, despite the real difference between the groups with and without support in oral health. MCOHAP shows effectiveness in the generation of knowledge, which did not guarantee improvement in attitude to oral health. The program is also effective in relation to oral health status of mothers and children.

Keywords: Health Promotion; Program Evaluation; Family Health Program; Oral Health; Maternal and Child Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da população do estudo segundo características de cada grupo.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 – Distribuição percentual das mães das comunidades Dom Expedito e Bonfim segundo as práticas diárias no cuidado à saúde.

Tabela 2 - Distribuição percentual das mães das comunidades Dom Expedito e Bonfim segundo seu conhecimento sobre alimentação não cariogênica e higiene bucal do bebê.

ARTIGO 2

Tabela 1: Distribuição da condição de saúde bucal das mães e filhos das comunidades Dom Expedito e Bonfim segundo os índices CPO-D e ceo-d e seus componentes cariado (C/c), perdido/extraído (P/e) e obturado (O/o).

Tabela 2: Distribuição da condição de saúde bucal das mães das comunidades Dom Expedito e Bonfim segundo o índice AG e a necessidade e uso de prótese dentária.

Tabela 3: Distribuição da prevalência de cárie dentária e do ceo-d na primeira infância encontrados na literatura.

LISTA DE SIGLAS

CSF – Centro de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NAC – Necessidades de Assistência Clínica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PASB-GPB – Programa de Atenção em Saúde Bucal às Gestantes, Puérperas e Bebês

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	16
1.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DA GESTAÇÃO À PRIMEIRA INFÂNCIA...	18
1.3 PROGRAMAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL À MÃE E AO BEBÊ.....	21
1.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	24
2. OBJETIVOS.....	29
3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	30
4. ARTIGO 1	31
RESUMO	32
INTRODUÇÃO.....	33
METODOLOGIA.....	34
RESULTADOS	36
DISCUSSÃO.....	39
REFERÊNCIAS	47
5. ARTIGO 2	52
RESUMO	53
INTRODUÇÃO.....	54
METODOLOGIA.....	56
RESULTADOS	59
DISCUSSÃO.....	63
REFERÊNCIAS	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	78
6.2 TRABALHOS FUTUROS	79
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE	87
ANEXOS	94

1. INTRODUÇÃO

Os programas de promoção de saúde bucal são desenvolvidos através de práticas preventivas e educativas de caráter coletivo. A abordagem dessas ações é fundamentada no trabalho coletivo com participação ativa dos diferentes sujeitos envolvidos, auxiliando na construção da cidadania, favorecendo a transformação do comportamento individual e ampliando a cobertura da atenção odontológica à população, o que se traduz em melhoria nas características epidemiológicas da coletividade. Esse tipo de atenção odontológica é essencial para que seus participantes se conscientizem da importância do cuidado em saúde bucal, assim como dos métodos preventivos, capacitando e motivando-os a mudança de comportamento.

Observa-se a existência desses programas voltados para diversos grupos, sendo uma grande quantidade focada na primeira infância, que para alcançar seu objetivo, freqüentemente envolve a mãe. Normalmente, esses programas de promoção de saúde bucal para mães e bebês são desenvolvidos por universidades ou pelo serviço público. Neste, pode estar atrelado à política municipal ou estadual de saúde, ou ser iniciativa de comunidades acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em Sobral, na Comunidade Dom Expedito, a equipe de saúde da família, objetivando manter a saúde bucal de suas crianças e mães através da promoção de saúde, implantou o Programa de Atenção em Saúde Bucal às Gestantes, Puérperas e Bebês (PASB-GPB). Essa iniciativa trabalha, junto com as gestantes e puérperas da comunidade, a educação em saúde bucal de forma participativa, envolvendo os interesses do grupo. Com as puérperas são realizadas atividades individuais capacitando-as e motivando-as a desenvolver atitudes positivas em relação à alimentação e a higiene bucal do bebê. Nas creches da comunidade, o programa desenvolve atividades educativas e preventivas junto às crianças.

Entretanto, apesar da reconhecida importância, pela literatura científica e pelo Ministério da Saúde, do processo avaliativo para o fortalecimento e melhoria dos programas em saúde pública, durante os seis anos de desenvolvimento do programa supracitado não foram realizadas avaliações dos impactos dessas ações na comunidade envolvida.

Na literatura, encontram-se diversos estudos que avaliam programas preventivos em saúde bucal direcionados às gestantes e bebês. Entretanto, a maioria desses estudos se restringe a investigar programas desenvolvidos em universidades, que normalmente são projetos de extensão ou de pesquisa. Estes, geralmente, se caracterizam por apresentar duração pré-determinada, portanto, suas atividades perdem a continuidade com o fim do projeto. Já os de extensão embora sejam contínuos, têm sua prática fragmentada a cada troca de acadêmicos, fato que compromete o projeto, pois a experiência adquirida com as atividades e o vínculo com os pacientes é perdida nessa transição. Adicionalmente, os projetos tradicionalmente desenvolvidos nas universidades, realizam um trabalho direcionado para as mães e crianças que procuram o serviço odontológico espontaneamente, por necessidade própria e que provém de diversas comunidades, com diferentes culturas e realidades sócio-econômicas.

Observa-se que outros modelos de programas também são desenvolvidos na comunidade, como programas de promoção de saúde bucal desenvolvidos no serviço público, em comunidades acompanhadas pela ESF. Entretanto, apesar da importância reconhecida pela saúde coletiva em avaliar os programas desenvolvidos na rede pública, poucos são os estudos que os analisam.

Ainda que os programas desenvolvidos dentro da comunidade pela ESF apresentem características semelhantes aos realizados nas universidades, aqueles permitem uma maior aproximação dos profissionais com os participantes, e conseqüentemente as atividades propostas têm a possibilidade estarem mais próximas da realidade dos sujeitos envolvidos, por serem desenvolvidas dentro de seus próprios cenários de vida e a partir das mesmas características sócio-econômicas. E principalmente, a comunidade assistida pela ESF já possui um vínculo firmado entre as famílias e a equipe, o que reforça a relação de confiança e o reconhecimento das necessidades dos usuários.

Aliado a essas características, pode-se ainda acrescentar que, quando inseridos na comunidade, os programas de promoção de saúde bucal também podem realizar o pré-natal odontológico, com atividades educativas, preventivas e curativas, a partir do início da gestação de todas as mulheres que ali residem.

A partir dessas diferenças e da escassez na literatura de estudos que façam a avaliação de programas preventivo-educativos em comunidades acompanhada pela ESF evidencia-se a relevância da realização de estudos com essa finalidade.

Além disso, a realização de estudos de avaliação de programas preventivo-educativos em comunidades pode auxiliar no planejamento das ações de promoção de saúde

desenvolvidas no serviço público. Uma vez que, comprovada sua efetividade, os programas tornam-se evidência científica de um modelo de atividade que pode diminuir os índices de cárie de toda uma geração de crianças, trazendo impacto benéfico para a saúde bucal das comunidades envolvidas.

Os resultados advindos de estudos como esses possuem grande relevância para os gestores municipais de saúde comprometidos com a melhoria dos níveis de saúde da população, pois justificam ou não a implantação de programas semelhantes, em seus municípios, dependendo da qualidade da atenção odontológica observada para esses dois grupos preconizados como prioritário na atenção básica pelo ministério da saúde: mulheres e crianças.

Para a comunidade acadêmica, revelam-se como estudos inovadores ao analisar a relação entre programas preventivo-educativos e as condições de saúde bucal de gestantes e bebês de comunidades assistidas pela ESF. Além disso, tem o potencial de fortalecer o referencial teórico da Promoção de Saúde a partir de atividades preventivo-educativas desenvolvidas junto à comunidade.

A partir dessa realidade e do reconhecimento de não existirem, até então, avaliações das atividades desenvolvidas no PASB-GPB da Comunidade Dom Expedito, em Sobral, observa-se ser importante desenvolver estudos que analisem a efetividade desse programa.

1.1 – A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A partir das idéias do movimento de reforma sanitária, as discussões geradas em torno do conceito saúde-doença fazem surgir novas propostas de desenvolver ações de saúde no país. Assim, projetos de atenção em saúde comunitária e de família ganharam força, redesenhando o modelo de organização dos serviços de saúde brasileiros (OPAS, 2006).

Nesse contexto, em 1994, o Programa Saúde da Família é implantado. E, em pouco tempo, se consolida como Estratégia de estruturação e fortalecimento do novo modelo de atenção integral à saúde. Desenvolvendo ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, de forma integral e contínua, podendo ser prestado atendimento na unidade de saúde local ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes. Esse modo de fazer saúde estabelece laços de compromisso entre os profissionais e a população, o

que facilita na identificação e na resolução dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2006a; FUHRMANN, 2003; OPAS, 2006).

Fundamentada na promoção de saúde, a ESF carrega consigo a questão da ampliação das intervenções em saúde para além da assistência, onde os objetos de trabalho não são somente os problemas de saúde, mas também seus determinantes e condicionantes, de maneira tal que se atua prevenindo, educando e promovendo saúde para melhoria da realidade de viver e para o favorecimento de escolhas saudáveis pelos indivíduos e coletividades. Dessa forma, a intenção é estimular a transformação da sociedade a partir da mudança de atitude frente aos problemas sanitários, em concordância com os preceitos da Carta de Ottawa que define promoção de saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006b).

1.1.1 – A Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Somente em dezembro do ano 2000, frente aos alarmantes resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (IBGE, 2000) em relação a acesso e utilização de serviços de saúde e constatando-se, assim, a necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde estabeleceu incentivo financeiro para inserção das ações de saúde bucal por meio da inclusão das equipes de saúde bucal na ESF, visando então à ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores epidemiológicos (BRASIL, 2000).

A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde, reorganizando assim a atenção básica de saúde bucal no Brasil (OPAS, 2006; MATOS e TOMITA, 2004).

Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar respostas às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (OPAS, 2006).

Para tanto, deve-se trabalhar na lógica de romper a organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença, devendo dar condições para que as diversas áreas profissionais sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão a fim de propor novas práticas. (BALDANI et al., 2005)

1.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DA GESTAÇÃO À PRIMEIRA INFÂNCIA

Observa-se na literatura, que não são recentes as publicações trazendo as práticas de educação e prevenção em saúde como essenciais para que as instituições alcancem seu objetivo real de promover saúde a seus clientes. Idéia fortalecida diante da alta prevalência das doenças bucais, especialmente a cárie, onde só a assistência odontológica curativa é desenvolvida. Sendo, portanto, sugerida a organização de programas eficazes de prevenção e educação em saúde bucal (MATOS e TOMITA, 2004; CASTELLANOS, 1977).

Nesse contexto, a educação e a prevenção em saúde devem ser encaradas como práticas sociais voltadas para o coletivo, sendo, portanto, uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção de saúde bucal no espaço público, em consonância com a proposta da ESF (PAULETO, PEREIRA E CYRINO, 2004).

Dessa forma, e considerando a atual realidade social das famílias brasileiras, verifica-se que a educação, no contexto domiciliar, é um caminho para viabilizar promoção da saúde para adultos e crianças, envolvidos em tais práticas, visto que possibilita o desenvolvimento de novas atitudes e comportamentos desses indivíduos. Podendo assim ser utilizada como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde bucal, com o intuito de possibilitar ao usuário mudar hábitos e aumentar a autonomia, estimulando práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades (BRASIL, 2004; XIMENES et al., 2004).

1.2.1 - Cuidado Precoce em Saúde Bucal

Na sociedade ocidental, o ato de cuidar tem sido atribuído às mulheres. A mãe é a principal cuidadora dos filhos no que se refere ao cuidado em geral, na alimentação, na vestimenta, na educação e na saúde. Na promoção da saúde bucal infantil, também fica

evidente essa tarefa materna, e uma boa relação dentista-mãe se torna essencial para se transmitir cuidados à criança (SANTI, 2003).

Durante o período gestacional, a mulher parece estar mais interessada em apropriar-se de informações sobre o desenvolvimento saudável para o novo bebê, o nascimento do filho torna os pais mais motivados para obter informações e realizar cuidados com a saúde. É mais um ponto importante a ser considerado pelo dentista quando do planejamento de ações preventivo-educativas em relação à saúde bucal da criança, especialmente na primeira infância (MELO, 2007).

A partir de 1988, observa-se um crescente aumento nas publicações nacionais sobre a necessidade de realizar o cuidado precoce e a atenção odontológica aos bebês, juntamente com a atenção a gestantes e importância do pré-natal odontológico vislumbrando a futura higienização e cuidados com a saúde bucal dos bebês (SANTI, 2003). Na literatura, diversos estudos relatam resultados positivos da inserção da odontologia em idades precoces sobre as condições de saúde bucal do paciente infantil, evidenciando ser este um caminho efetivo na prevenção e controle da doença cárie (SANTOS e SOVIERO, 2002; GALINDO, 2003).

Este cuidado precoce tem razão de ser, pois em bebês há um predomínio de fatores de risco ambientais que estabelecem condições ideais para o desenvolvimento de lesão de cárie dentária. Além disso, a dificuldade de higienização e a dieta caracterizada por uma alta frequência e consumo de alimentos cariogênicos, atrelados a aquisição precoce do *Streptococcus mutans*, devido a contato com mães altamente infectadas, influenciam de maneira decisiva na experiência de cárie pela criança (KRAMER, FELDENS e ROMANO, 2000; GALINDO, 2003).

Para o controle desse grande número de fatores predisponentes ao desenvolvimento da cárie em idade precoce, e utilizando-se do referencial teórico da importância materna nesse cuidado, a educação odontológica precoce fundamentada no aconselhamento dietético e nas orientações a cerca da higiene bucal, utilizando-se de intervenções motivacionais com os pais, apresenta-se como promessa de resultado positivo quando da realização de trabalho para prevenir cárie nessas crianças (GALINDO, 2003; WEINSTEIN, HARRISON e BENTON, 2004).

Mas, as tentativas dos profissionais da saúde em obter colaboração, obediência ou adesão as suas recomendações são frequentemente mal sucedidas. Intencionalmente ou não, muitos pacientes ignoram, esquecem ou executam erradamente as recomendações relacionadas ao tratamento e autocuidado (MORAES, POSSOBON e ORTIZ, 2000).

Dessa forma, o cirurgião-dentista não deve acreditar que o paciente e seus pais vão passar de um estágio completamente alheio e indiferente para um nível superior de entendimento e colaboração imediatos baseado exclusivamente em informação. É essencial verificar se os pais têm a capacidade de ouvir e assimilar as recomendações, diagnosticar se há neles vontade de adesão ao que se propõe e se as orientações e atividades oferecidas são capazes de motivar e de proporcionar o nível de conhecimento necessário para que os novos comportamentos se instalem com firmeza (CHIBINSKI e WAMBIER, 2005).

Dados epidemiológicos mostram que a forma mais eficaz de controle da cárie em bebês é baseada na prevenção, e não no tratamento restaurador. É importante o desenvolvimento de ações educativas com as mulheres grávidas para que elas se apropriem dos conhecimentos e construam hábitos saudáveis de cuidados com a saúde bucal de seus filhos, utilizando-se das medidas preventivas adequadas a cada fase de desenvolvimento da criança. Apesar disso, é necessário o acompanhamento da criança pelo profissional após a erupção dentária. (DOUGLASS, DOUGLASS e SILK, 2004; SANTOS e SOVIERO, 2002).

Conforme Pereira e Freire (2004), em estudo que objetivava descrever os resultados após três anos de implantação de um programa odontológico para bebês, com ênfase na educação dos pais e em métodos de prevenção para as crianças, os primeiros cuidados odontológicos através da educação em saúde e de procedimentos preventivos são fatores importantes para obter e manter boa saúde bucal, mas a sua manutenção ao decorrer da vida da criança dependerá de programas específicos de promoção da saúde oral desenvolvidos em creches e escolas, bem como medidas mais amplas em saúde pública para toda população, tais como alimentos saudáveis e políticas de fluoretação da água.

Dessa forma, propostas de tratamento relacionadas à dieta e higiene bucal podem ser trabalhadas em conjunto, com base em motivação e educação o mais precoce possível (CHIBINSKI e WAMBIER, 2005).

Moura, Moura e Toledo (2007) informam que no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês estudado por eles essas ações auxiliam na modificação de antigos costumes e na construção de novos hábitos, tanto no ambiente familiar quanto no coletivo.

Ximenes et al. (2004) entendem que é na unidade familiar que está o principal foco de promoção de desenvolvimento da criança, e completam que a creche pode interferir ou não nas condições de saúde e doença da criança. Usar o espaço escolar é um eficiente caminho para desenvolver atividades de promoção de saúde, podendo a saúde oral ser promovida com o suporte de iniciativas no ambiente escolar (KWAN et al., 2005).

Em adição a este pensamento, Vasconcelos et al. (2001) consideram a escola como um local adequado para o desenvolvimento de programas de saúde por reunir crianças em faixa etárias propícias ao aprendizado de medidas educativas e preventivas em saúde bucal. Ao mesmo tempo, destacam o papel do educador nesse processo, devido ao contato cada vez mais precoce com as crianças através de creches e escolas, sendo, portanto, favorável sua participação no processo de formação de bons hábitos em saúde bucal.

Diante dessas evidências, é importante que os odontólogos procurem atuar de forma multidisciplinar, junto aos professores e demais profissionais da área médica, objetivando desenvolver uma adequada educação em saúde, necessitando ainda haver uma maior integração escola-dentista para sucesso dessas atividades (ANTUNES et al., 2006).

Apesar disso, poucos programas têm trabalhado de forma multidisciplinar, envolvendo a participação dos professores como agentes multiplicadores de conhecimentos em saúde bucal (VASCONCELOS et al., 2001).

Focando no campo da saúde pública, o grande desafio consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados (MOURA, MOURA e TOLEDO, 2007).

1.3 – PROGRAMAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL À MÃE E AO BEBÊ

As atividades programáticas em saúde pública se constituem como a forma mais adequada de organizar o trabalho coletivo nos serviços assistenciais em saúde (PAULETO, PEREIRA E CYRINO, 2004). Mas, a programação em saúde articula tanto instrumentos de trabalho diretamente dirigidos às coletividades, como instrumentos dirigidos aos indivíduos, entre eles a assistência médica individual, objetivando potencializar sua efetividade (NEMES, 1996).

Além disso, os programas de promoção da saúde, hoje, devem buscar medidas preventivas amplas, que considerem as mudanças de paradigma da saúde, incluindo o ambiente onde vivem e as condições de vida das famílias, considerando o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde (KUHN, 2002).

Acredita-se que os programas educativo-preventivos, quando adequadamente mantidos e ajustados, de forma contínua, são capazes de diminuir significativamente os índices de cárie de crianças beneficiadas por suas atividades (BASTOS, 2003).

No caso específico da programação em saúde bucal, em nosso país, pode-se perceber a existência de diversas formulações, algumas voltadas para ações coletivas, outras mais centradas no atendimento clínico individual e uma grande quantidade focada na assistência à criança. Apesar disso, nem todos os programas existentes na literatura possam ser considerados efetivamente programas em saúde bucal, pois apresentam caráter pontual, não expressando nenhuma preocupação em buscar estratégias capazes de viabilizar a continuidade de suas ações (PAULETO, PEREIRA E CYRINO, 2004).

Fracasso et al. (2005), analisando a eficácia de um programa de promoção de saúde bucal em bebês no serviço público, concluíram que o programa de atendimento a bebês é mais efetivo que o atendimento de demanda espontânea, cumprindo melhor o objetivo de manutenção da saúde bucal na população infantil.

Do mesmo modo, observa-se que a atenção odontológica ao bebê, com objetivo de manter sua saúde através da prevenção e educação, deve ser vista nos programas de saúde pública como uma possibilidade prática, simples, abrangente, de baixo custo e, principalmente eficaz de promover saúde bucal. Principalmente, porque a maioria dos pais desconhece o risco de crianças pequenas desenvolverem doenças, tal como a cárie dentária. Portanto, eles devem ser informados, instruídos e motivados a desempenharem os cuidados necessários para evitá-la, uma vez que, quanto mais precocemente se estabeleçam barreiras preventivas, mais efetivo será o resultado final (KUHN, 2002).

1.3.1 – Programa de Atenção em Saúde Bucal às Gestantes, Puérperas* e Bebês da Comunidade Dom Expedito

Orientados por esta filosofia, os profissionais da equipe de saúde da família da Comunidade Dom Expedito implantaram, desde 2002, o Programa de Atenção em Saúde Bucal às Gestantes, Puérperas e Bebês. Esse trabalho é desenvolvido na Comunidade Dom Expedito, no município de Sobral - CE através dos dentistas e auxiliares de saúde bucal que compõem a equipe. Esta comunidade caracteriza-se por apresentar um baixo padrão sócio-econômico. Sua população é de aproximadamente cinco mil habitantes, cadastrados em 1.219 famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e divididos em oito micro-áreas.

* Puérperas – mulheres que estão na fase puerperal ou puerpério. Este período se inicia logo após o parto e tem duração média de seis semanas, quando acontece a completa recuperação anatomofisiológica da mulher.

As atividades do programa iniciam-se com o pré-natal odontológico de todas as gestantes da comunidade, que é realizado concomitantemente com o pré-natal médico e de enfermagem, no próprio Centro de Saúde da Família (CSF) Dom Expedito. São desenvolvidas atividades educativas durante os encontros do grupo de gestantes, assim como assistência clínica a todas elas.

Durante as atividades educativas são trabalhados assuntos direcionados às gestantes e aos cuidados com o futuro bebê, tais como importância do tratamento odontológico e do contínuo cuidado com a higiene bucal, mudanças de hábitos e alterações orgânicas que podem interferir na saúde bucal, desmistificação da gravidez como causa do aumento de doenças bucais, frequência e hábitos alimentares da gestante e do bebê, formação dentária, medicação e sua influência na saúde bucal da criança, período de iniciar a higiene bucal do bebê e técnicas, uso de chupetas.

A abordagem dos temas é realizada de forma participativa nos grupos de gestante tanto através de discussão com o grupo como por atividades interativas de elaboração de material para exposição na unidade de saúde.

Após o nascimento do bebê, é realizada uma visita domiciliar, que acontece na segunda semana da sua chegada em casa, uma semana após a visita do enfermeiro da equipe. Elas são realizadas em momentos distintos para que não haja excesso de informação para a puérpera em um só encontro. Nessa visita conversa-se sobre higiene bucal e alimentação da criança. É demonstrado como se faz a higiene bucal com uma fralda umedecida e desenvolvida junto com a mãe essa prática na criança, de forma que ela sinta-se apta a realizar sozinha posteriormente. Nesse momento também são abordadas especificidades da higiene bucal da criança de acordo com a evolução de erupção dentária. As puérperas que não concluíram tratamento odontológico são encaminhadas à unidade para continuidade do mesmo.

Nas creches do bairro é realizada escovação diária com o apoio das professoras. Durante o ano letivo se faz o levantamento de Necessidades de Assistência Clínica – NAC, índice elaborado pelo município com objetivo de identificar o risco de cárie e a necessidade de tratamento de cada pessoa, e aquelas crianças que apresentam lesões cáries são encaminhadas ao tratamento clínico no CSF. Nas crianças que já são capazes de cuspir, é realizada também aplicação tópica de flúor gel com a escova de dente.

Como não se sabe o impacto que essas atividades realizadas pelo programa trouxeram para a população participante, é importante a avaliação de seus resultados para observar os

efeitos que elas exercem sobre o estado de saúde bucal do grupo envolvido, assim como para auxiliar na melhoria de suas intervenções.

1.4 – AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação é uma atividade tão antiga quanto o mundo, comum e inerente ao próprio processo de aprendizagem humano. Ao tomar como objeto a ação humana organizada, a avaliação produz conhecimento sobre esta ação, de forma que a produção de conhecimento sobre as intervenções sociais é um dos objetivos fundamentais dos estudos em avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 1993).

É também considerada como um processo por meio do qual se determina o valor de algo. Ou seja, trata-se de determinar se um certo objeto, descrito e especificado, ao qual se atribuiu uma definição prévia sobre como deveria ser, é bom, mau, correto, incorreto, vale ou não a pena, está sendo realizado da maneira mais eficiente ou mais eficaz (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Com esse intuito de tentar compreender a definição do termo avaliação, Stenzel (1996) além de percebê-lo como uma atividade inerente ao homem, observou que enquanto campo de investigação científica é essencialmente uma forma de pesquisa aplicada, que se caracteriza muito mais como uma finalidade de estudo do que por um objeto específico de estudo.

Contribuindo com esse enfoque da pesquisa avaliativa, Figueiredo e Tanaka (1996) trazem a avaliação como um processo dinâmico, por meio do qual se pode, através de instrumentos e técnicas específicas, medir e comparar entre si fatos, situações, realidades, estratégias, procedimentos e serviços. De modo a emitir um juízo de valor, a partir da escolha prévia de um dado enfoque, que poderá nortear determinada tomada de decisão.

Seguindo esse referencial, o Ministério da Saúde, em documento que propõe caminhos para a institucionalização da avaliação na atenção básica, entende avaliação como ferramenta de negociação permanente e de formação das pessoas no cotidiano de suas práticas, o que a torna, então, parte imprescindível do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo, dessa forma, reconhecida como elemento de gestão, o que se traduz na existência de múltiplas iniciativas para sua efetiva implementação (BRASIL, 2005). A avaliação, sob esse olhar, é entendida como parte integrante do processo de planejamento, e deve acontecer de forma permanente com o objetivo principal de manter sob controle a execução das ações planejadas em direção aos objetivos propostos (BRASIL, 2006c).

Torna-se claro, então, que a avaliação é um processo ininterrupto de busca da qualidade do fazer e requer predisposição para a mudança. É impensável concebê-la dissociada da mudança. Cresce o entendimento de que a avaliação se constitui, potencialmente, em ferramenta poderosa de melhoria da instituição, dos serviços e do desempenho de cada ator-sujeito do processo. À medida que a avaliação vai agregando novas dimensões, seu poder de indução de mudanças aumenta e passa a ser sentido mais fortemente como necessidade, sobretudo para aqueles que ocupam cargos de direção (SCOCHI et al., 2008).

O valor que o processo de avaliação mostra ter, atualmente, é fruto de décadas de discussão na área. A produção científica no campo da avaliação em saúde vem crescendo, tanto no que concerne aos relatos de pesquisas quanto aos artigos de revisão. Nestes são levantados os limites e perspectivas desse tema e mencionam-se diversos estudos, com diferentes enfoques: avaliação de serviços de saúde, incluindo estudos sobre a utilização e a qualidade dos serviços, avaliação de programas, avaliação do impacto de ações de atenção primária, avaliação da implementação de políticas públicas, incluindo os processos de descentralização das ações de saúde, avaliação da equidade, avaliação de tecnologias e estudos sobre a questão da qualidade (VIEIRA-DA-SILVA e FORMIGLI, 1994).

Na saúde pública a avaliação de programas e serviços torna-se extremamente relevante, diferenciando-se das demais áreas em que a avaliação também se aplica, apenas pelos contornos que assume no sentido de possibilitar uma maior compatibilidade com a natureza e especificidade dos problemas encontrados (UCHIMURA e BOSI, 2002).

É possível identificar nas avaliações de programas a presença de três tipos diferentes de objetivos: pesquisa de avaliação, avaliação para decisão e avaliação para gestão, de forma isolada ou concomitante (NOVAES, 2000).

Independente desse tipo, junto com a avaliação de programas aparece a avaliação de qualidade como campo de conhecimento específico dentro da avaliação em saúde (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Dependendo dos objetivos a serem alcançados pela avaliação da qualidade do serviço, ela poderá constituir-se em pesquisa de avaliação, avaliação para decisão ou avaliação para gestão. Em países desenvolvidos, particularmente nos Estados Unidos, ela é freqüentemente associada à gestão e à garantia de qualidade, sendo desenvolvida com alguma regularidade por profissionais especializados (NOVAES, 2000).

Por sua vez, somente em recentes iniciativas do governo, o Brasil possibilitou a implantação de propostas de avaliação da qualidade da atenção primária em saúde. Este

campo até então inexplorado constitui-se uma prioridade no atual processo de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (CAMPOS, 2005).

Entretanto, a construção de critérios de avaliação da qualidade é outro aspecto a ser buscado quando se pensa em avaliar trabalhos desenvolvidos com famílias (CAMPOS e GARCIA, 2007).

Para isso, é necessário definir que instrumentos serão utilizados para a apreensão do objeto quando se pensa em avaliar a qualidade de programas de saúde. Esses instrumentos poderão dizer respeito às condições estruturais, ou seja, aquelas condições que constroem e condicionam o universo de práticas a ser avaliado, os dados relativos aos processos que definem essas práticas e as medidas que permitam a mensuração de resultados das mesmas (NOVAES, 2000).

Nesse campo específico, a qualidade dos programas e serviços é tratada de maneira objetiva, quantitativa. Predominam, na literatura científica, os estudos que consideram a qualidade da saúde unicamente com base em sua dimensão formal, ou melhor, em seus componentes ou elementos, conferindo um tratamento unidimensional à qualidade (UCHIMURA e BOSI, 2002).

Aliada a essa objetividade, a utilização do método epidemiológico na avaliação de práticas clínicas surge diante da expansão de programas sociais sob responsabilidade do Estado e reforçam a tendência de assegurar aos processos avaliativos em saúde, contornos de investigação científica (MATIDA e CAMACHO, 2004).

Como observado, diversos autores apontam uma grande diversidade de concepções e enfoques metodológicos em avaliação de programas (MATIDA e CAMACHO, 2004). Os conceitos são utilizados de formas diferentes, o papel do avaliador não fica claro, os tipos de avaliação são classificados diferentemente pelos diversos autores, além do que, são criados freqüentemente novos conceitos que redundam em uma imensa diversidade terminológica. Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto avaliação em saúde, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde (VIEIRA-DA-SILVA e FORMIGLI, 1994).

Perpassando por essa grande divergência, observa-se no referencial trazido por Avedis Donabedian um conjunto consistente de respostas metodológicas ao problema da avaliação de qualidade da atenção à saúde.

Há cerca de 40 anos, em seu clássico artigo *Evaluating the quality of medical care*, considerado como marco na história da avaliação da qualidade da assistência sanitária, esse autor sugere três abordagens para avaliar a qualidade do cuidado em saúde, a partir da tríade:

estrutura, processo e resultado. Método que ganhou ampla aceitação e capaz de mensurar variáveis de qualidade resultantes de processo de implementação de políticas ou programas específicos na saúde (GABRIELLONI, 2004). A seguir, cada um deles será caracterizado a partir do referencial do próprio autor (DONABEDIAN, 2003).

O termo estrutura é utilizado para designar as condições sob as quais os cuidados são prestados. Isto inclui recursos físicos, como instalações e equipamentos; recursos humanos, relacionado à quantidade, diversidade e qualificação das profissões; assim como, recursos materiais e financeiros necessários para o desenvolvimento dos serviços.

Por sua vez, processo refere-se às atividades que constituem o sistema de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação, usualmente realizadas por profissionais, mas incluem também os outros atores do cuidado, como os pacientes e suas famílias.

Já resultado, é o descritor utilizado para avaliar as mudanças que podem ser atribuídas às ações de cuidado em saúde, desejáveis ou não, em indivíduos ou comunidades. Incluem as mudanças no estado de saúde, no conhecimento ou no comportamento adquirido por pacientes ou familiares que possam influenciá-los em relação aos cuidados em saúde no futuro, e a satisfação do paciente e sua família com o cuidado recebido e os resultados alcançados.

Esse quadro conceitual, descrito pelo autor, permite a classificação de qualidade dos cuidados de saúde, e avaliá-los por meio de formulações de critérios e padrões. Na atualidade, teorias mais utilizadas pelos estudiosos de qualidade em saúde são as descritas por esse grande conhecedor e precursor desse tema (GABRIELLONI, 2004). E, apesar de haver uma grande diversidade teórica que cerca o campo da avaliação, a abordagem do sistema de saúde costuma ser feita em função de indicadores de saúde da população e alguns poucos indicadores de serviços de saúde (MALIK e SCHIESARI, 1998).

Segundo Donabedian, a melhor estratégia de avaliação da qualidade é aquela que utiliza indicadores representativos destas três abordagens, utilizando-se para cada componente aqueles que melhor retratem a realidade a ser avaliada (GABRIELLONI, 2004).

Em outro modelo proposto por Donabedian, foi ampliado o conceito de qualidade, utilizando o que ele chamou de "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, os quais serão descritos a seguir conforme descrição do autor (DONABEDIAN, 1990; DONABEDIAN, 2003).

A eficácia é a capacidade das ciências e tecnologias do cuidado em trazer melhorias nas condições de saúde quando se encontra sob as mais favoráveis circunstâncias.

Diferentemente, a efetividade é o grau de melhorias, de fato possíveis, de se atingir nas condições de saúde frente à realidade existente.

Já eficiência é a capacidade de diminuir custos nos cuidados em saúde sem diminuir as melhorias nas condições de saúde. E, otimização é o balanço entre as melhorias em saúde e o custo dessas melhorias, ou seja, seria a melhor relação entre custos e benefícios.

Em se tratando de aceitabilidade, seria o desenvolvimento das ações de cuidados agindo em conformidade com as preferências, desejos e expectativas dos pacientes e de sua família. Por outro lado, legitimidade é estar em conformidade com as preferências sociais como expressos nos princípios éticos, nos valores, nas normas, nos costumes, nas leis e regulamentos.

Em adição, agir com equidade é seguir as conformações de um princípio que determina justiça e imparcialidade na distribuição do cuidado em saúde e dos benefícios entre os membros da população.

A partir do referencial de avaliação de resultados de programas e da realidade encontrada na literatura a cerca do cuidado precoce em saúde bucal, aliado à observação do trabalho realizado pela ESF da Comunidade Dom Expedito surgiu o seguinte questionamento: Será que as atividades desenvolvidas no Programa de Atenção em Saúde Bucal à Gestante, Puérperas e Bebês da Comunidade Dom Expedito estão tendo impacto na saúde bucal das mães e crianças da comunidade?

A resposta a este questionamento gera conhecimento para avaliação da efetividade do programa realizado na Comunidade Dom Expedito, objetivo para o qual esse estudo foi desenvolvido.

2. OBJETIVOS

GERAL:

Avaliar a efetividade do Programa de Atenção em Saúde Bucal às Gestantes, Puérperas e Bebês da Comunidade Dom Expedito (PASB-GPB).

ESPECÍFICOS:

1. Identificar o nível de conhecimento das mães acompanhadas ou não pelo PASB-GPB sobre práticas alimentares não cariogênicas e higiene bucal do bebê;
2. Comparar o conhecimento sobre práticas alimentares não cariogênicas e higiene bucal de mães que foram ou não acompanhadas pelo PASB-GPB;
3. Descrever as práticas relatadas pelas mães que foram ou não acompanhadas pelo PASB-GPB em relação à sua própria saúde bucal e à saúde bucal do seu filho;
4. Analisar as condições de saúde bucal das mães que foram ou não acompanhadas pelo PASB-GPB;
5. Avaliar a prevalência de cárie das crianças de 18 a 36 meses acompanhadas ou não pelo PASB-GPB;
6. Comparar a prevalência de cárie das crianças de 18 a 36 meses acompanhadas ou não pelo PASB-GPB.

3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Os resultados desta dissertação estão sendo apresentados no formato de artigos. Em conformidade com as normas estabelecidas pela Universidade de Fortaleza para conclusão do Mestrado em Saúde Coletiva. Cada artigo responde a determinados objetivos da pesquisa. A seguir, uma descrição sumária de cada artigo com os seus respectivos objetivos.

Artigo 1 – Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães assistidas ou não de um Programa de Atenção Odontológica

Este artigo corresponde à primeira fase da pesquisa, na qual se buscou observar os conhecimentos e práticas em saúde bucal de dois grupos de mães e filhos com e sem atenção odontológica inserida nos Centros de Saúde da Família de suas comunidades. Essa análise permite avaliar a efetividade do Programa de Atenção em Saúde Bucal em relação ao nível de conhecimento adquirido por seus participantes e a influência deste sobre a mudança de comportamento. O artigo responde aos objetivos específicos 1, 2 e 3.

Artigo 2 – Avaliação de programa odontológico com mães e bebês: condição de saúde bucal

Trata-se da análise das condições de saúde bucal das mães e crianças participantes de um Programa de Atenção em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, assim como da comparação desses resultados com outro grupo que não tem acesso a atenção odontológica. O artigo responde aos objetivos específicos 4, 5 e 6.

4. ARTIGO 1

Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães assistidas ou não por programa de atenção odontológica*

* Formatação do artigo seguindo as normas da revista **Cadernos de Saúde Pública**, à qual será submetido para publicação.

RESUMO

Orientada pelo referencial de cuidado precoce aos bebês juntamente com atenção odontológica às gestantes para melhoria da saúde bucal infantil, a equipe de saúde da família da Comunidade Dom Expedito, Sobral-CE, implantou o Programa de Atenção em Saúde Bucal às Gestantes, Puérperas e Bebês (PASB-GPB). O presente estudo objetiva identificar o conhecimento e as práticas de mães acompanhadas ou não pelo PASB-GPB sobre alimentação não cariogênicas e cuidados com a saúde bucal, para fins de avaliar a efetividade do programa. Pesquisa transversal comparativa, realizada com o universo de crianças na faixa etária de 18 a 36 meses e suas mães, pertencentes a duas comunidades distintas em relação à assistência odontológica: grupo A, com acompanhamento pelo PASB-GPB e grupo B sem nenhum tipo de atenção odontológica. Realizou-se entrevista, baseada em questionário semi-estruturado, com as mães nos domicílios. Evidenciou-se melhor grau de conhecimento entre as mães do grupo A, porém pouco se percebe na mudança comportamental. Em relação à higiene bucal, observa-se mudança de atitude, porém as práticas alimentares das crianças não apresentam diferença entre os grupos. O PASB-GPB mostra efetividade na geração de conhecimento, o que não garante melhoria de atitude.

Palavras chave: Promoção de saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde; Programa saúde da família; Saúde bucal; Saúde materno-infantil

INTRODUÇÃO

Na sociedade ocidental, o ato de cuidar tem sido atribuído às mulheres. A mãe é a principal cuidadora dos filhos no que se refere ao cuidado em geral, na alimentação, na vestimenta, na educação e na saúde. Na promoção da saúde bucal infantil, também fica evidente essa tarefa materna¹. Durante o período gestacional, a mulher parece estar mais interessada em apropriar-se de informações sobre o desenvolvimento saudável do novo bebê, o nascimento do filho torna os pais mais motivados para obter informações e realizar cuidados com a saúde. Esses são pontos importantes a serem considerados pelo dentista quando do planejamento de ações preventivo-educativas em relação à saúde bucal da criança, especialmente na primeira infância².

A partir do final da década de oitenta observa-se um crescente aumento nas publicações nacionais sobre a necessidade de realizar o cuidado precoce e a atenção odontológica aos bebês, juntamente com a atenção a gestantes e importância do pré-natal odontológico, vislumbrando a futura higienização e cuidados com a saúde bucal na primeira infância¹. Diversos estudos relatam resultados positivos da inserção da odontologia em idades precoces sobre as condições de saúde bucal do paciente infantil, evidenciando ser este um caminho efetivo na prevenção e controle da cárie^{3,4}.

Não são recentes as publicações que apontam as práticas de educação e prevenção em saúde como essenciais para promover saúde. Esta idéia é fortalecida pela observação de alta prevalência das doenças bucais, especialmente a cárie, onde só a assistência odontológica curativa é desenvolvida. Sendo, portanto, sugerida a organização de programas eficazes de prevenção e educação em saúde bucal^{5,6}.

Nesse contexto, a educação e a prevenção em saúde devem ser encaradas como práticas sociais voltadas para o coletivo, sendo uma importante forma de promover saúde bucal no espaço público, em consonância com a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁷.

O grande desafio para a saúde pública, consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados⁸. Orientados por esta filosofia, os profissionais de uma equipe de saúde da família em Sobral-CE implantaram, desde 2002, o Programa de Atenção em Saúde Bucal às Gestantes, Puérperas e Bebês (PASB-GPB). Esse trabalho é desenvolvido na Comunidade Dom Expedito através dos dentistas e auxiliares de saúde bucal que compõem a equipe da ESF.

As atividades do programa iniciam-se com o pré-natal odontológico de todas as gestantes da comunidade, que é realizado concomitantemente com o pré-natal médico e de enfermagem, no próprio Centro de Saúde da Família (CSF). São desenvolvidas atividades educativas durante os encontros do grupo de gestantes, assim como assistência clínica a todas estas.

Após o nascimento do bebê, é realizada uma visita domiciliar, que acontece na segunda semana da sua chegada em casa, uma semana após a visita do enfermeiro da equipe. Nessa visita conversa-se sobre higiene bucal e alimentação da criança. É demonstrado como se faz a higiene bucal com uma fralda umedecida e realizadas as instruções necessárias para que a mãe sinta-se apta a realizá-la. Também são abordadas as especificidades da higiene bucal da criança de acordo com a evolução de erupção dentária. Neste momento, as puérperas que não concluíram tratamento dentário são encaminhadas para dar continuidade ao mesmo.

Nas creches do bairro é realizada escovação diária com o apoio das professoras. Durante o ano letivo se faz o levantamento de Necessidades de Assistência Clínica (NAC), índice elaborado pelo município com objetivo de identificar o risco de cárie e a necessidade de tratamento de cada pessoa, sendo aquelas crianças que apresentam lesões cariosas encaminhadas ao tratamento clínico no CSF. Em crianças que já são capazes de cuspir, é realizada a aplicação tópica de flúor com escova de dente.

Apesar de implantado há mais de 7 anos, e da crença de que este conjunto de ações pode melhorar o nível de conhecimento e cuidado das mães em relação a sua saúde bucal e a de seu bebê, não existem, até então, avaliações do impacto que as atividades realizadas pelo programa trouxeram para a população participante.

A partir dessa realidade e da escassez na literatura de estudos que façam a avaliação da efetividade de programas preventivo-educativos em comunidades acompanhada pela ESF evidencia-se a relevância em identificar o conhecimento e as práticas de mães acompanhadas ou não pelo PASB-GPB sobre alimentação não cariogênicas e cuidados com a própria saúde bucal e com a de seus filhos.

METODOLOGIA

Este trabalho configura-se como uma pesquisa transversal, descritivo-analítica e comparativa, no qual foram comparados os conhecimentos e hábitos em saúde bucal de mães e bebês que tiveram ou não acesso ao PASB-GPB.

O presente estudo foi realizado no município de Sobral-CE, na Comunidade Dom Expedito, onde é desenvolvido o PASB-GPB pela equipe de saúde da família do bairro, e na Comunidade do Bonfim, onde não há atenção odontológica inserida no ESF.

A Comunidade Dom Expedito é caracterizada por uma população de baixo padrão sócio-econômico, com aproximadamente cinco mil habitantes distribuídos em oito micro-áreas e cadastrados em 1.219 famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A Comunidade do Bonfim foi escolhida por apresentar condições sócio-econômicas semelhantes às da Comunidade Dom Expedito. Sua população é composta por cerca de dois mil e setecentos habitantes, distribuídos em 524 famílias cadastradas no SIAB e distribuídas em quatro micro-áreas. É uma comunidade assistida pela equipe de saúde da família do Bonfim, onde não há presença de equipe de saúde bucal, nem existem instalações de clínica odontológica.

A população alvo se caracteriza por dois grupos de crianças na faixa etária de 18 a 36 meses e suas mães, moradoras do Município de Sobral – CE, com características sócio-econômicas semelhantes, diferidas entre si quanto ao acesso à atenção odontológica e ao PASB-GPB (Figura 1).

Os participantes do grupo A são moradoras da Comunidade Dom Expedito e, por isso, beneficiadas pelas ações do PASB-GPB. O universo deste grupo é constituído da totalidade de crianças na faixa etária proposta e suas mães, que foram acompanhadas pelo PASB-GPB durante a gestação e a fase puerperal.

O grupo B é formado por crianças e mães moradoras da Comunidade do Bonfim, onde não é oferecida nenhuma atenção odontológica nem às gestante ou puérperas, nem aos bebês, tanto no que se refere à atenção preventivo-educativa quanto à assistência clínica. Esse grupo foi composto pelo universo de crianças de 18 a 36 meses e suas mães, nascidas e que permanecem morando na Comunidade do Bonfim durante o período da pesquisa.

A coleta de dados constou de uma entrevista baseada em um questionário semi-estruturado contendo informações sobre condições sócio-demográfica, práticas alimentares das crianças, hábitos de higiene bucal das mães e dos filhos, a qual foi realizada com as mães no próprio domicílio.

Essa fase da pesquisa contou com o apoio de colaboradores dos CSFs das comunidades envolvidas, os quais auxiliaram na elaboração da relação das crianças e mães que se encontravam na faixa etária proposta, assim como no acesso às suas residências.

Os dados foram processados e analisados a partir de análises descritiva, analítica e comparativa guiadas pelos objetivos propostos. No caso de variáveis não normal, foram

utilizados testes não paramétricos para a análise estatística. Para análise de variáveis contínuas entre os dois grupos utilizou-se o teste Mann-Whitney. Já a comparação de variáveis dicotômicas entre si foi realizada através do teste qui-quadrado. Os dados foram processados e analisados através do programa estatístico SPSS 15.0 for Windows (Statistical Package for the Social Sciences Inc, Chicago, IL,USA).

Os aspectos legais e éticos foram considerados durante a realização do estudo, o qual só teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer N°. 380/08).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 112 mães nos dois bairros. Na Comunidade Dom Expedito, havia 83 crianças de 18 a 36 meses, cujas mães moravam no bairro desde a gestação, das quais 81 (97,6%) foram entrevistadas. Um total de 34 pares mãe-filho formava o universo da população da Comunidade do Bonfim com o perfil estabelecido. Destes, 31 (91,2%) fizeram parte do estudo. O motivo de 5 crianças e suas mães terem sido eliminadas do estudo foi a impossibilidade de encontrá-las em suas residências mesmo após exaustivos retornos em dias e horários distintos.

Dos bebês da Comunidade Dom Expedito, 53,1% era do sexo feminino. No Bonfim, elas representavam 51,6%. A média de idade das mães no Dom Expedito e no Bonfim é 25,6 (DP=5,3) e 28,9 (DP=8) anos, respectivamente, as quais, em sua maioria, são donas de casa (65,4% e 93,5%), com rendimento familiar de até dois salários mínimos (76,5% e 77,4%) e com média de filhos de 1,93 (DP=1,9) e 2,35 (DP=1,45). As mães do grupo A e B têm o seguinte perfil educacional, respectivamente: 1,2% e 6,5% são analfabetas; 44,5% e 83,9% têm até o ensino fundamental completo; 54,3% e 6,4% até o ensino médio e 3,2% concluíram o ensino superior no grupo B.

Apesar de serem comunidades aparentemente semelhantes, a análise comparativa entre os dois bairros evidenciou diferença significativa na média de idade das mães ($p=0,041$), em sua ocupação ($p=0,001$) e instrução ($p<0,001$). Já a renda e o número médio de filhos são características que se confirmaram homogêneas nas duas localidades ($p>0,05$).

Todas as famílias pesquisadas da Comunidade Dom Expedito moram em casas de alvenaria e recebem água do sistema de abastecimento público local. Realidade diferente ($p<0,001$) foi observada nos domicílios do Bonfim, onde somente 64,5% apresentavam essas características, estando as demais famílias (35,5%) morando em casas de taipa e providos com água de poço ou do rio. No entanto, a água usada para consumo pelas mães do Bonfim era em

quase 60% das residências filtrada, enquanto no Dom Expedito apenas em 30% ($p < 0,001$). Nesta comunidade, a maioria das mães (58%) afirma não realizar nenhum tipo de tratamento na água que usa para beber.

A principal diferença existente entre os dois grupos, escolhida propositalmente pelas pesquisadoras para possibilitar a análise do PASB-GPB, é a atenção odontológica oferecida a cada um deles. Fato totalmente comprovado nas respostas referentes à atenção recebida pelas mães entrevistadas. É significativamente menor o percentual das mães do Bonfim que fizeram tratamento odontológico durante a gestação. Da mesma forma, apenas uma delas participou de grupo de gestante com presença de dentista, o que aconteceu no ambiente de trabalho. Nenhuma mãe do grupo B recebeu visita domiciliar do dentista quando do nascimento de seus filhos, enquanto no grupo A mais de 90% delas recebeu. Dentre essas mulheres do Dom Expedito que receberam orientação em relação à saúde bucal do bebê, quase 75% foram realizadas desde a primeira gravidez (tabela 1).

Diante dessa realidade, inicia-se a análise comparativa dos grupos em estudo para comprovação ou não da efetividade do PASB-GPB. A tabela 1 mostra os resultados relacionados às práticas das mães quanto aos cuidados com a saúde bucal delas e de seus bebês. Na tabela 2, encontram-se descritos os achados sobre o conhecimento das mães acerca de alimentação não cariogênica e higiene bucal do bebê.

Observa-se diferença significativa entre os grupos A e B em relação ao conhecimento das mães sobre a possibilidade de realização de tratamento odontológico durante a gravidez.

Evidencia-se também que não há relação entre o desenvolvimento de hábitos deletérios, como o uso de chupeta, a alimentação noturna e soprar ou provar o alimento da criança com o mesmo utensílio, com o conhecimento de que elas são prejudiciais para a saúde bucal do filho em nenhum dos grupos. A maioria das mães do Dom Expedito afirma ser a má posição dentária o principal problema dentário trazido pela chupeta, enquanto no Bonfim, elas acreditam que esse hábito traz como primeira consequência para as crianças a cárie dentária.

Quando as mães que afirmaram haver problema em oferecer alimentação noturna para os bebês foram questionadas sobre qual seria esse problema, os dois grupos responderam, com valores semelhantes, que essa prática favorece o desenvolvimento da cárie dentária.

Acerca do que as mães acreditam ser o momento correto para iniciar a higiene bucal do bebê, no Dom Expedito a grande maioria das entrevistadas afirma ser desde o nascimento do bebê, enquanto no Bonfim, elas o relacionam à época o nascimento dos dentes. Direcionadas pelos próprios conhecimentos, as mães acompanhadas pelo PASB-GPB iniciaram essa prática junto aos seus bebês majoritariamente desde o nascimento deles,

enquanto nos bebês do Bonfim a higiene bucal só se insere, em mais da metade das crianças, a partir da erupção dentária. Também fica evidente a diferença no percentual de crianças que ainda não iniciaram a higiene bucal: quase 7% nesta comunidade, enquanto apenas 2,5% no Dom Expedito.

Em relação ao conhecimento sobre cuidados com a própria higiene bucal, as mães da Comunidade Dom Expedito demonstram saber, em um percentual quase cinco vezes maior que as do Bonfim, que é importante escovar os dentes a mesma quantidade de vezes que se alimentam. Do mesmo modo, mais que o dobro delas afirma que o momento ideal para escovação dentária é após as refeições. Analisando a prática de escovação, nem todas as mulheres acompanhadas pelo PASB-GPB que sabiam da importância de escovar os dentes após as refeições o fazem. Observa-se, também, o hábito de utilizar fio dental é maior nas mães acompanhadas pelo PASB-GPB. Apesar dessas diferenças, a quantidade média de escovação diária é igual nos dois grupos.

Contraditoriamente, a quantidade média de escovação diária relatada pelas mães é significativamente maior nos bebês do Bonfim, em comparação com as crianças do Dom Expedito. Não há diferença significativa entre os dois grupos no que diz respeito à realização dessa prática com ou sem o auxílio dos pais.

Já a análise das respostas relacionadas à prática alimentar dos bebês mostra que existe diferença entre os grupos A e B somente no que diz respeito à alimentação oferecida durante os seis primeiros meses de idade. Entre as mães que não fizeram aleitamento materno exclusivo até os seis meses, observou-se que nos dois grupos foi oferecida alimentação com adição de açúcar ou engrossada com produtos que contêm sacarose em mais de 80% das entrevistadas, não havendo diferença entre eles ($p > 0,05$). Do mesmo modo, quase todas as mães que alimentam seus filhos dormindo (A=96,2% vs B=92,3%), o fazem com leite acrescido das mesmas substâncias já citadas ($p > 0,05$).

Em relação ao conhecimento sobre a existência de algum benefício da amamentação para o sistema estomatognato, a maioria das mães do Dom Expedito e do Bonfim afirmam acreditar que há algum. Porém, elas descrevem o benefício, em 60% das respostas, como sendo o fortalecimento dos dentes para evitar a cárie dentária ou como meio para que as crianças não adoeçam durante a erupção dos dentes. Em menos de 5% nos dois bairros foi citada a relação da amamentação com o desenvolvimento buco-facial da criança.

Outra característica semelhante nos dois grupos é a média de idade em que os filhos começaram a consumir guloseimas: 14,3 meses ($DP_A=6,0$ vs $DP_B=5,4$) ($p > 0,05$), não havendo portanto associação dessa prática com o acesso às atividades do PASB-GPB.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a influência do PASB-GPB sobre o conhecimento e as práticas de alimentação não cariogênicas e de cuidados com a saúde bucal de mães e filhos participantes ou não deste programa. Assim como a influência do conhecimento sobre as práticas. Este é um estudo inovador, pois não foi encontrada na literatura nacional e internacional avaliação de programa de atenção em saúde bucal para mães e bebês desenvolvido pela ESF e com ações inseridas de forma contínua dentro da comunidade, a grande maioria dos estudos avalia projetos de extensão desenvolvidos por universidades ou ações pontuais na comunidade.

Escolheu-se trabalhar com a totalidade dos pares mãe-filho das comunidades em análise devido à falta de informação sobre as variáveis estudadas nos dois bairros e à possibilidade de existir grande diversidade nas respostas.

Conforme mostrado na descrição metodológica, contou-se com a colaboração dos profissionais dos CSF das comunidades envolvidas durante o andamento da pesquisa, os quais foram essenciais para que a coleta de dados se desenvolvesse de forma tão satisfatória. Em concordância a esse pensamento, Freeman et al.⁹ evidenciaram, durante estudo que avaliou a influência, sobre a saúde bucal, de um programa de melhoria dos lanches oferecidos na escola, que a cooperação entre profissionais, comunidade e pesquisadores foi essencial para possibilitar a avaliação do programa.

Em relação ao perfil sócio-econômico semelhante nas duas Comunidades, motivo pelo qual os moradores do Bonfim foram escolhidos para comparação com os do Dom Expedito, confirmou-se essa homogeneidade através da variável renda. Porém a ocupação dona de casa, que mostrou ser maioria nas mães das duas localidades, não é característica estatisticamente igual. A idade média das mães e o seu grau de instrução, também se mostraram distintos nas duas localidades, característica observável apenas quando da investigação comparativa. Já as diferenças no tipo de casa e de água de abastecimento, são peculiaridades facilmente observáveis, que distinguem as duas localidades. Porém, apesar da ciência dessa diferença, escolheram-se os moradores do Bonfim para comparação com as mães e crianças assistidas pelo PASB-GPB, pois o município quase todo tem cobertura odontológica no PSF, sendo o Bonfim um dos poucos bairros que mostra distinção com o Dom Expedito no acesso à atenção odontológica, principal variável analisada neste estudo.

Uma informação que chama atenção acerca da água utilizada para consumo é o desprezo das mães do Dom Expedito em tratá-la. Fato esse que não condiz com o melhor grau

de instrução apresentado por esse grupo de mães, pois a literatura científica comprovou existir relação entre boas práticas em saúde e maiores níveis de escolaridade^{4,10,11}.

Vieira e Zocratto¹², em estudo que objetivou descrever o conhecimento de gestantes sobre alterações bucais, concluíram que quase 60% das entrevistadas acreditavam que a gravidez por si só aumenta o número de lesões cáries, independentemente da situação econômica ou educacional dessas mulheres, confirmando esse entendimento cultural aceito popularmente no país. Porém, Granville-Garcia et al.¹³ observaram que gestantes de instituições públicas e privadas têm opiniões distintas a respeito dessa relação, sendo as usuárias do serviço público mais influenciadas pela credence popular. Essa influência, no entanto, não foi evidenciada neste estudo, pois as mulheres dos dois grupos pouco associam o fato de estar grávida como causa de problemas bucais, não existindo diferença entre o saber existente nas duas comunidades. Sobressaltam-se nesses dados o fato de poucas mães do Bonfim ter vinculado o surgimento de problemas bucais à gestação, pois faz parte da cultura popular dos brasileiros essa associação^{14,15} e a população do Bonfim não recebeu orientações que desmistificasse essa crença.

Por outro lado, foi encontrada diferença no conhecimento de que durante a gestação pode ser realizado tratamento odontológico. Estando mais mulheres do Bonfim acreditando nessa impossibilidade, conforme dita a crença popular. Albuquerque¹⁶ corrobora essa visão da gestante ao mostrar que uma das barreiras apontadas por elas para não realizar tratamento odontológico mesmo quando sentem a necessidade é a crença de que a gravidez desaconselha esse atendimento. Porém, em estudo qualitativo realizado por Codato, et al.¹⁵, percebe-se que já existe um entendimento por parte das gestantes quanto à possibilidade de realizar tratamento odontológico, fundamentadas na existência de oferta priorizada às gestantes no serviço de saúde, o que as levam a busca pela atenção oferecida. Esses achados, juntamente com a influência positiva das atividades educativas do PASB-GPB, podem explicar o melhor entendimento pelas mães do grupo A sobre a possibilidade de tratamento durante a gravidez. Entretanto, esse fato também pode se dar devido à busca por atendimento odontológico na gestação estar mais relacionada à oportunidade, durante esse período, de acesso ao serviço para resolução de problemas pré-existentes¹⁵. Pois, mulheres de baixa renda relatam dificuldade de encontrar cuidado odontológico para si e para seus filhos⁴.

Ainda observando o imaginário popular, encontra-se um objeto que tem uma representação bastante significativa no cuidado materno ao recém nascido, a chupeta. Apesar de haver nas duas comunidades o conhecimento, pela grande maioria das mães, de que esse hábito é deletério para a saúde bucal infantil, cerca de um terço das crianças a utilizam.

Apesar de a literatura trazer que as mães reconhecem nas crianças que não usam chupeta um atestado de boa saúde bucal¹⁷, ela também mostra o universo simbólico da chupeta na visão materna, a qual é associada à imagem do bebê e a um calmante capaz de tranquilizar e confortar o filho. Aliada a essa imagem já formada, está a influência da reprodução do hábito passada pelas gerações^{18,19}. Dessa forma, é possível compreender que, também nas comunidades aqui estudadas, as mães se utilizam de conhecimentos próprios do meio social para desempenhar suas ações de cuidado com o filho.

Porém, é necessária uma readequação das estratégias educativas empregadas pelo serviço de saúde para desestimular a inserção desse hábito nas crianças, pois a literatura mostra relação positiva entre essa prática e problemas na oclusão infantil. Em estudo que avaliou a relação entre hábitos bucais e má-oclusão, Tomita et al.¹⁹ observaram uma prevalência quase seis vezes maior de má-oclusão em crianças de três a cinco anos que usavam chupeta em relação às que não usavam.

Nas comunidades aqui avaliadas, existe uma compreensão distinta sobre os problemas dentários trazidos pela chupeta. Somente no Dom Expedito, há o entendimento de que é um hábito prejudicial ao posicionamento dentário. No Bonfim, provavelmente por não existir atividades educativas em saúde bucal que permitam a essas mães uma maior reflexão sobre o tema, a maioria das entrevistadas relaciona a chupeta à cárie dentária, primeiro problema a ser lembrado pelo senso comum quando se discute ausência de saúde bucal.

Esse fato é mais uma comprovação de que é necessário implementar um modelo de atenção em saúde bucal, envolvendo as mães desde a gestação e pelas diversas etapas de desenvolvimento da criança em ações educativas que desperte o interesse delas para o cuidado com o filho, acolhendo as necessidades e carências maternas e fazendo-as sentir segurança como cuidadoras a partir de um apoio estruturado no sistema de saúde.

Não se trata apenas de existir um profissional que ofereça informações, pois os resultados desse estudo evidenciam que não há relação entre o desenvolvimento de comportamentos nocivos à saúde bucal infantil com a compreensão de que eles são prejudiciais. Já era esse o pensamento de Petry e Pretto²⁰, quando afirmaram que apesar dos conhecimentos sobre saúde bucal serem muito importantes, não são suficientes para motivar indivíduos à mudança de comportamento. É preciso, portanto, motivar e garantir meios para que as mães, a partir do apoio recebido, sintam-se capazes de desempenhar sozinhas as novas propostas re-pensadas e re-construídas em parceria, por profissionais, mães e os demais atores envolvidos nos processos educativos que consideram todos saberes pré-existentes.

Em concordância, Ramos e Maia²¹ afirmam que sendo a saúde oral dependente do comportamento dos indivíduos e dos grupos, faz-se necessário que no Brasil sejam pensadas e aplicadas medidas eficazes de educação em saúde, pois somente com a capacitação da população para assumir a solução de seus problemas de saúde, a partir de reflexão sobre eles, pode-se alcançar mudança positiva nas práticas de cuidado com a saúde bucal.

Outros hábitos existentes nas duas comunidades e que também precisam ser repensados com as mães de forma crítica nos programas educativos é a alimentação noturna e as práticas que favorecem a transmissão da cárie entre mãe e filho, como esfriar o alimento da criança através do sopro ou utilizar o mesmo utensílio para provar e oferecer a comida ao filho. Ambos expressivamente presentes nas duas comunidades, e o segundo apresentando-se um percentual significativamente maior no Bonfim. Provavelmente as atividades desenvolvidas com as mães do Dom Expedito durante a gestação nos encontros dos grupos, parte integrante do PASB-GPB, trouxeram esses resultados positivos para essa comunidade.

Na literatura observou-se um estudo com crianças menores de 3 anos que relata a presença da alimentação noturna em 35% delas²². Valor semelhante aos referidos pelas mães das comunidades de Sobral que estão sendo avaliadas. Em relação à transmissibilidade da cárie, vários autores se propuseram a investigar a relação da doença entre mãe e filho, e os achados afirmam existir forte relação entre a presença de lesões nas mães e em suas crianças, assim como na quantidade bacteriana presente na saliva de ambos^{4,23}. A mãe é descrita como a primeira janela de infectividade e assim, torna-se foco de atenção e de preocupação da odontologia, na adoção de procedimentos para a melhoria da saúde bucal materna através de medidas preventivas antes mesmo do nascimento do bebê, para evitar a transmissão das bactérias da cárie e outras doenças bucais¹.

Porém, existem registros de que a equipe de pré-natal muitas vezes considera a necessidade de tratamento dental de mulheres grávidas como um problema irrelevante⁴. Esse fato desvaloriza os achados científicos e contradiz as orientações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que propõe a inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde a partir das condições de vida. Dentre os quais a gestante é considerada como grupo foco da atenção à mulher. Inclusive dentre as orientações para esse grupo está a inserção de ações coletivas e a garantia de atendimento clínico individual²⁴. O Programa de Atenção em Saúde Bucal desenvolvido na Comunidade Dom Expedito, apesar de ter sido iniciado antes da publicação da PNSB, tem em seus pressupostos fundamentação para o desenvolvimento de suas ações.

Produto desse programa, o início das práticas de higiene bucal do bebê desde o nascimento pelas mães acompanhadas pelo PASB-GPB, mostra a efetividade das ações desenvolvidas com as gestantes. Pois as mães do Dom Expedito compreendem ser esse o momento correto de iniciar a higiene oral de seus filhos e se sentem capazes de assim fazer. Esse fruto positivo da atenção diferenciada recebida pelo grupo A, é mais evidente quando comparados com as atitudes do grupo B, cujas mães são influenciadas apenas pelo conhecimento genérico trazido por sua rede social, e que as fizeram iniciar na maioria dos casos a higiene bucal de seus filhos apenas após erupção dentária e apresentar um percentual quase três vezes maior de crianças, que no Dom Expedito, sem esse hábito inserido em seu cotidiano.

Nations et al.¹⁷ ao estudar o significado cultural dos dentes decíduos para mães de crianças desnutridas no Ceará, confirma que elas têm, apesar de não haver concordância do período, conhecimento construído sobre quando iniciar a higiene dental de seus filhos. São três categorias principais de respostas: estado rigoroso de cuidado, ou seja, “desde o momento em que o bebê nasce”; de acordo com o desenvolvimento de marcos como “quando o dente rompe a gengiva” ou “quando a boca já está cheia dentes” ou “quando começa a comer as coisas” e o último é relacionado à idade tais como nas seguintes falas “a partir dos seis meses”, “a partir de um ano já pode começar a limpar a sujeira”, “cedo, logo aos dois anos”, chegando a ter mães que citam os três anos como idade para início desse hábito. As respostas das mães do Bonfim para o questionamento “quando foi iniciada a higiene bucal do seu filho?” são muito aproximadas às do estudo de Nations et al.¹⁷ mostrando que suas crenças é reflexo da cultura existente em sua comunidade, também cearense.

Em relação a dados quantitativos sobre o início da higiene oral, apenas um estudo realizado em Hong Kong sobre conhecimentos e hábitos em saúde bucal de pais com crianças de até 3 anos foi observado esse dado²². Assim como na comunidade do Bonfim, um percentual pequeno de pais iniciou a higiene oral de seus filhos desde o nascimento (29,2%). Porém, o número de crianças de Hong Kong que ainda não haviam iniciado a escovação dentária (33,8%) foi bastante superior às duas comunidades estudadas nesta pesquisa²².

Em se tratando dos cuidados com a própria higiene oral, as mães da Comunidade Dom Expedito demonstraram conhecimentos e práticas significativamente melhores, ao reconhecer que após as refeições é o momento ideal para escovação. E mesmo sem todas as mulheres que reconhecem essa importância incorporarem o conhecimento à prática, ainda assim há mais mães do Dom Expedito escovando os dentes após as refeições. Fato também atribuído à oportunidade de reflexão sobre a saúde bucal dentro das ações do programa.

Ao observar a média de escovação, não é possível ter essa dimensão de melhores comportamentos, devido a ser um valor igual para as duas comunidades. Porém não é só a quantidade de vezes que caracteriza uma adequada higiene bucal, mas sim o momento de escovar e os movimentos realizados. Este estudo não realizou observação da qualidade dessa escovação, definindo melhores práticas a partir dos horários pelos quais ela foi realizada. Não foram encontrados estudos que avaliassem essa variável, não havendo portanto dados para comparação.

Em relação aos valores médios de escovação dos filhos houve uma surpresa, estando as mães do Bonfim com uma quantidade significativamente maior de implantação do hábito em suas crianças, e não havendo diferença na qualidade desse ação, que seriam mostrada pela variáveis “escovação com apoio dos pais” ou “sozinho”.

Observa-se na pesquisa de Moura et al.⁸, que avaliou o conhecimento e práticas de mães participantes de um programa odontológico para gestantes em universidade no Piauí, que quase metade das mães também escovava os dentes de seus filhos menores de 3 anos 2 vezes ao dia. Porém somente 48% dessas escovações eram auxiliadas por um adulto, valor bem menor que os encontrados nas duas comunidades analisadas neste estudo. O trabalho realizado por Blinkhorn et al.²⁵, que objetivou descobrir conhecimentos e atitudes em saúde bucal de mães com filhos de alto risco à cárie que visitavam regularmente o dentista, também demonstram altas taxas de crianças jovens que insistiam em escovar os dentes sozinhos (40%).

Diferente dos achados deste estudo, Finlayson et al.²⁶, analisando as práticas de escovação por mães americanas de baixa renda, encontram uma média semanal de 8,5 escovações para crianças de 1 a 3 anos de idade, caracterizando pequena quantidade de escovação em relação às crianças de Sobral aqui estudadas. Porém, ele alerta que a limpeza cuidadosa, e não somente a frequência de escovação, é que tem relevância para uma boa saúde bucal. E ainda complementa que as crianças que estão aprendendo a escovação provavelmente não fazem um trabalho satisfatório de higiene bucal sozinhas, em concordância com o que este estudo afirma, ao pesquisar a variável apoio dos pais durante a escovação.

A única diferença das práticas alimentares mostradas entre os dois grupos deste estudo foi em relação à amamentação exclusiva até os seis meses, sendo maior o número de bebês do Bonfim que tiveram essa característica. Iida et al.¹¹, em seu estudo que objetivava analisar a associação entre o aleitamento materno e cárie precoce em bebês dos Estados Unidos, observaram que a maioria das crianças amamentadas (75%) eram introduzidas a outros

alimentos entre 3 e 6 meses de idade, caracterizando que na América do Norte há uma quantidade bem superior de crianças que não se alimentam exclusivamente de leite materno do que nas comunidades do nordeste brasileiro analisadas. Quase 80% das crianças estudadas por Zanata et al.⁴ no sudeste brasileiro, também já tinham contato com dieta cariogênica com menos de seis meses de idade. Assustadoramente em Hong Kong, encontrou-se apenas 7% das crianças sendo exclusivamente amamentadas²². Evidenciando que mesmo o Dom Expedito tendo apresentado mais crianças que não fizeram aleitamento materno exclusivo até a idade referenciada, ainda apresentava índices melhores que os demais estudos disponíveis.

Porém entre as mães que não praticaram esse hábito alimentar em seus filhos, um grande percentual ofereceu alimentos com adição de açúcar ou engrossados com produtos que contêm sacarose aos seus bebês nas duas comunidades. A literatura demonstrou valores maiores de consumo de alimentos adoçados em crianças menores de três anos, chegando a mais de 95% das crianças com práticas de ingestão de açúcares numa frequência de duas ou mais vezes ao dia⁸.

Apesar da expressiva representação desse comportamento, Lindsay et al.²⁷, ao estudar as crenças e práticas de alimentação infantil e a percepção materna em relacioná-la como peso da criança, observou uma categoria de respostas afirmando que as mães estão conscientes da diferença entre os alimentos saudáveis ou não para sua criança. E uma das falas trazidas nesta categoria foi que crianças que comem frutas e legumes serão mais saudáveis e protegidas contra doenças, e complementam dessa forma seus filhos quando forem maiores terão os dentes mais fortes e protegidos. Com estes achados fica evidente que o próprio conhecimento do senso comum direciona as mães para consumo de alimentação saudável, mas a prática nem sempre está em conformidade com o conhecimento destas.

Ainda observando o comportamento das mães do Dom Expedito e Bonfim, observa-se que em média elas ofereceram guloseimas, como refrigerantes e balas, para seus filhos por volta dos 14 meses de idade. O estudo de Lindsay et al.²⁷ tenta justificar esse comportamento ao trazer que apesar dos discursos maternos em evitar a alimentação não saudável para seus filhos, várias mães afirmam que se utilizam de estratégias, tais como promessas de doces, por exemplo sorvete, como recompensa às crianças por bons comportamentos.

A análise dos dados estudados mostra que a diferença no acesso a atenção odontológica oferecida aos dois grupos permitiu observar impactos positivos nos conhecimentos e em alguns comportamentos de cuidado com a saúde bucal, principalmente em relação aos hábitos de higiene bucal.

Esse conhecimento diferenciado que se observa nas mães assistidas pelo PASB-GPB evidencia a efetividade do programa sobre o aspecto cognitivos da população. Entretanto, a análise dos resultados do estudo aponta para a dificuldade de mudança de comportamento nas práticas alimentares guiada apenas pelo conhecimento, principalmente porque a alimentação tem forte influencia da rede social dos indivíduos. Apesar disso, mudança de alguns hábitos foram observadas.

Houve melhores resultados em relação à mudança de comportamento relacionados à higiene bucal do bebê, mostrando que a realização de atividade prática junto com as mães em suas residências é uma estratégia que se demonstra efetiva, sendo portanto evidenciado um grande valor do desenvolvimento do programa dentro da comunidade. Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos para investigar porque algumas ações educativas, além de melhorar o saber dos usuários, geram mudança comportamental e outras não.

REFERÊNCIAS

1. SANTI, L. N.; NAKANO, A. M. S. Identificando o papel da mulher enquanto mãe no contexto de cuidadora de saúde bucal do filho. *Odontologia e Sociedade*, v.9, p.19-29, 2007.
2. MELO, J. M. et al. Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.2, p.280-286, 2007.
3. SANTOS, A. P.; SOVIERO, V. M. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v.16, n.3, p.203-208, 2002.
4. ZANATA, R. L. et al. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. **Brazilian Dental Journal**, v.14, n.2, p.75-81, 2003.
5. MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A Inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1538-1544, 2004.
6. CASTELLANOS, R. A. Orientação sobre saúde bucal em um centro de saúde. **Rev. Saúde Pública**, n.11, p.248-257, 1977.
7. PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.121-130, 2004.
8. MOURA, L. F. A. D.; MOURA, M. S.; TOLEDO, O. A. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.1079-1086, 2007.
9. FREEMAN, R. et al. Addressing children's oral health inequalities in Northern Ireland: a research-practice-community partnership initiative. **Public Health Rep.**, v.116, n.6, p.617-625, 2001.
10. XIMENES, L. B. A influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. **Acta. Scientiarum. Health Sciences**, v.26, n.1, p.223-230, 2004.
11. IIDA, H.; AUINGER, P.; BILLINGS R. J.; WEITZMAN, M. Association Between Infant Breastfeeding and Early Childhood Caries in the United States. **Pediatrics**, v.120, n.4, p.944-952, 2007.
12. VIEIRA, G. F.; ZOCRATTO, K. B. F. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. **RFO**, v.12, n.2, p.27-31, 2007.
13. GRANVILLE-GARCIA et al. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru – PE. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n.3, p.243-249, 2007.
14. SCAVUZZI, A. I. F. et al., 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.8, n.1, p.39-45, 2008.

15. CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p.1075-1080, 2008.
16. ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p.789-796, 2004.
17. NATIONS, M. K. et al. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.4, p.800-808, 2008.
18. SERTÓRIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na vida de mães. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.1, p.156-162, 2005.
19. TOMITA, N. E.; BIJELLA, V. T.; FRANCO, L. J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.3, p.299-303, 2000.
20. PETRY, P.C., PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (Org.). **ABOPREV: promoção de saúde bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p.371-85.
21. RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.13, n.3, p.303-311, 1999.
22. CHAN, S. C. L.; TSAI, J. S. J.; KING, N. M. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.12, p.322-331, 2002.
23. WARREN, J. J. et al. Factors associated with dental caries experience in 1-year-old children. **J Public Health Dent**, v.68, n.2, p.70-75, 2008.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
25. BLINKHORN, A. S.; WAINWRIGHT-STRINGER, Y. M.; HOLLOWAY, P. J. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. **Int Dent J**, v.51, n.6, p.435-438, 2001.
26. FINLAYSON et al. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, p.272-281, 2007.
27. LYNDSEY, A. C. Brazilian mothers' beliefs, attitudes and practices related to child weight status and early feeding within the context of nutrition transition. **J.biosoc.Sci**, v.41, p.21-37, 2009.

TABELAS

Tabela 1: Distribuição percentual das mães das comunidades Dom Expedito e Bonfim segundo as práticas diárias no cuidado à saúde bucal

	Dom Expedito		Bonfim		χ^2
	sim	não	sim	não	
Você fez tratamento odontológico durante a gestação ou puerpério?	82,7%	17,3%	9,7%	90,3%	p<0,001
Participou de grupo de gestante com a presença de dentista?	66,7%	33,3%	3,2%	96,8%	p<0,001
Recebeu visita domiciliar do dentista, quando o bebê nasceu?	90,1%	9,9%	0%	100%	p<0,001
Você costuma soprar ou provar os alimentos com o mesmo utensílio?	44,4%	55,6%	77,4%	22,6%	p=0,001
Seu filho usou(a) chupeta?	33,3%	66,7%	29,0%	71,0%	p>0,05
Quando foi iniciada a higiene bucal do seu filho?					p<0,001
• Relaciona com o nascimento do bebê	81,5%	----	12,9%	----	
• Relaciona com a erupção dentária	7,4%	----	54,8%	----	
• Relaciona à idade de 1 a 2 anos	7,4%	----	12,9%	----	
• Relaciona com o início da vida escolar	1,2%	----	----	----	
• Relaciona ao fim do aleitamento materno exclusivo	----	----	12,9%	----	
• Ainda não higieniza	2,5%	----	6,5%	----	
Seu filho escova os dentes...					p>0,05
• Sozinho	12,7%	----	25%	----	
• Com auxílio dos pais	87,3%	----	75%	----	
Em quais momentos do dia você escova os seus dentes?					p=0,048
• Após as refeições	25,9%	----	9,7%	----	
• Outras	74,1%	----	90,3%	----	
Costuma higienizar os dentes do seu filho após as refeições?	11,1%	88,9%	19,4%	80,6%	p>0,05
Qual o tipo de alimentação do seu filho até os 6 meses?					
• Aleitamento materno exclusivo	38,3%	----	51,6%	----	p=0,013
Costuma alimentar seu filho dormindo?	32,1%	67,9%	41,9%	58,1%	p>0,05
Você usa fio dental?	34,6%	65,4%	12,9%	87,1%	p=0,018

Tabela 2: Distribuição percentual das mães das comunidades Dom Expedito e Bonfim segundo seu conhecimento sobre alimentação não cariogênica e higiene bucal do bebê

	Dom Expedito		Bonfim		χ^2
	sim	não	sim	não	
Durante a gravidez, pode ser feito tratamento odontológico?	98,8%	1,2%	77,4%	22,6%	p<0,001
A gravidez traz algum problema na boca ou nos dentes?	29,6%	70,4%	38,7%	61,3%	p>0,05
Você acha que cárie passa da mãe para a filho?	81,5%	18,5%	67,7%	32,3%	p>0,05
Você acha que chupeta traz problema pra "dentição" da criança? Qual?	98,8%	1,2%	93,5%	6,5%	p>0,05
• Má posição dentária	65%	----	34,5%	----	p=0,041
• Favorece o desenvolvimento de cárie	30%	----	62,1%	----	
Você acha que tem que higienizar a boca do bebê a partir de quando?					
• Desde o nascimento do bebê	86,4%	----	16,1%	----	p<0,001
• Depois que nasce os dentes	3,7%	----	54,8%	----	
Quantas vezes por dia você acha que é importante escovar os dentes?					
• 2, 3 ou 4 vezes	67,9%	----	93,5%	----	p<0,014
• Quantas se alimentar	32,1%	----	6,5%	----	
Em quais momentos do dia?					
• Após as refeições	45,7%	----	22,6%	----	p=0,020
• Outros	54,3%	----	77,4%	----	
Você acha que a amamentação tem alguma importância para a boca? Qual?	80,2%	19,8%	80,6%	19,4%	p>0,05
• Fortalece os dentes, evita cárie	44,6%	----	20%	----	
• Ajuda a nascer os dentes sem a criança sentir "reação"	21,5%	----	40%	----	
• Desenvolvimento buco/facial da criança	3,1%	----	4%	555	
Você acha que tem algum problema pra "dentição" alimentar o filho dormindo? Qual?	65,4%	34,6%	58,1%	41,9%	p>0,05
• Favorece o desenvolvimento de cárie	77,4%	----	94,4%	----	p>0,05
Você acha que é importante as pessoas usarem fio dental?	91,4%	8,6%	93,5%	6,5%	p>0,05

FIGURAS

Figura 1: Distribuição da população do estudo segundo características de cada grupo.



5. ARTIGO 2

Avaliação de programa odontológico com mães e bebês: condição de saúde bucal **

** Formatação do artigo seguindo as normas da revista Journal of Dental Research, à qual será submetido para publicação. A tradução do artigo para a língua inglesa, norma da revista, será realizada antes da submissão.

RESUMO

Orientada pelo referencial de cuidado precoce aos bebês juntamente com atenção odontológica às gestantes para melhoria da saúde bucal infantil, a equipe de saúde da família da Comunidade Dom Expedito, Sobral-CE, implantou o Programa de Atenção em Saúde Bucal às Gestantes, Puérperas e Bebês (PASB-GPB). O presente estudo objetiva analisar a efetividade do PASB-GPB em relação à melhoria da condição de saúde bucal dos indivíduos por ele acompanhado. Pesquisa transversal comparativa, com o universo de crianças na faixa etária de 18 a 36 meses e suas mães, pertencentes a duas comunidades distintas em relação à assistência odontológica: grupo A, com acompanhamento pelo PASB-GPB e grupo B sem nenhum tipo de atenção odontológica. Realizou-se exame bucal de mães e bebês seguido de entrevista sócio-demográfica e de autopercepção de saúde bucal com as mães. Comprovou-se melhores condições de saúde bucal de mães e bebês acompanhados pelo PASB-GPB, demonstrando resultados efetivos alcançados pelo programa. Observou-se que as mães não se percebem diferente em relação à saúde bucal delas e de seus filhos, apesar da real diferença observada entre os grupos com e sem acompanhamento em saúde bucal.

Palavras chave: Promoção de saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde; Programa saúde da família; Saúde bucal; Saúde materno-infantil

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da verificação da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira (MATOS e TOMITA, 2004). Essa carência podia ser evidenciada pela grande prevalência de cárie no país, como consequência de um modelo assistencial marcado pela prática odontológica curativa, com ênfase no indivíduo e caracterizada por uma visão biológica, mecânica e especializada da profissão (BRASIL, 2006).

Buscando solucionar essa deficiência da atenção, a literatura sugere a organização e implementação de programas eficazes de prevenção e educação em saúde bucal como uma possibilidade de ampliar as práticas de promoção de saúde bucal no espaço público, em consonância com a proposta da ESF (PAULETO, PEREIRA E CYRINO, 2004). Dessa forma, já se percebe no Brasil a existência de diversas formulações de programas, alguns voltados para ações coletivas (PEREIRA LIMA et. al., 2004, KWAN, 2005), outros mais centrados no atendimento clínico individual (ZANATA, 2003) e uma grande quantidade focada na assistência à criança, entretanto a maioria por universidades em projetos de extensão (MOURA, MOURA e TOLEDO, 2007) ou ações pontuais (BRANDÃO et al., 2006; VITOLLO, 2005).

Dentre os programas focados na promoção de saúde bucal infantil, encontra-se em Sobral-CE uma experiência desenvolvida pelos profissionais da ESF Dom Expedito denominado Programa de Atenção em Saúde Bucal às Gestantes, Puérperas e Bebês (PASB-GPB). É um trabalho desenvolvido desde 2002, por dentistas e auxiliares em saúde bucal da equipe de saúde da família da comunidade, com objetivo de oferecer atenção odontológica de caráter preventivo, educativo e curativo às mães e crianças na primeira infância para alcançar, a longo prazo, melhores condições de saúde bucal na população daquela localidade.

As atividades do programa são desenvolvidas em três etapas. A primeira é o pré-natal odontológico de todas as gestantes da comunidade, realizado concomitantemente ao pré-natal médico e de enfermagem no Centro de Saúde da Família (CSF). Nessa fase são desenvolvidas atividades educativas nos encontros do grupo de gestantes, assim como assistência clínica a estas.

A segunda etapa do PASB-GPB consiste em uma visita domiciliar que acontece na segunda semana da chegada do bebê em casa, uma semana após a visita do enfermeiro da equipe. Neste momento conversa-se sobre higiene bucal e alimentação da criança. É demonstrado como se faz a higiene bucal com uma fralda umedecida e realizadas as orientações necessárias para que a mãe sinta-se apta a realizá-la. Também são abordadas as especificidades da higiene bucal da criança de acordo com a evolução de erupção dentária. Nesta oportunidade, as puérperas que não concluíram tratamento dentário são encaminhadas para dar continuidade.

Nas creches do bairro é realizada escovação diária com o apoio das professoras. Durante o ano letivo se faz o levantamento de Necessidades de Assistência Clínica (NAC), índice elaborado pelo município com objetivo de identificar o risco de cárie e a necessidade de tratamento de cada pessoa, sendo aquelas crianças que apresentam lesões cariosas encaminhadas ao tratamento clínico no CSF. Em crianças que já são capazes de cuspir, é realizada também aplicação tópica de flúor com escova de dente. Esse conjunto de ações desenvolvidas em ambiente escolar se configura na terceira fase do projeto.

Porém, apesar de implantado há mais de 7 anos, não há avaliação da efetividade desse programa sobre as condições de saúde bucal desse público. Mas, é imprescindível sua realização para acompanhamento e possível adequação das atividades desenvolvidas, considerando que o MS encara esse processo como parte do planejamento dos programas e

afirma que ele deve ser permanente e ter como objetivo o controle da execução das ações planejadas em alinhamento com o que se pretendia alcançar (BRASIL, 2006b).

Normalmente, a avaliação da situação de saúde bucal de comunidades é realizada, essencialmente, pelo estudo da cárie dentária e das doenças periodontais, sendo a primeira mais freqüentemente investigada (ALVES FILHO, SANTOS E VETTORE, 2009; UNFER E SALIBA, 2000). A finalidade principal desses estudos é a construção de conhecimentos a cerca da determinação, distribuição e prevalência, assim como elaboração de estratégias preventivas (ALVES FILHO, SANTOS E VETTORE, 2009).

São escassos os estudos que pretendem investigar as condições de saúde bucal com a finalidade de avaliar a efetividade de programas que acompanham mães e bebês na ESF, como se pretende neste estudo. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi analisar as condições de saúde bucal de mães e bebês que foram ou não acompanhadas pelo PASB-GPB, comparando seus resultados.

METODOLOGIA

Este trabalho configura-se como uma pesquisa transversal, descritivo-analítica e comparativa, no qual foram comparadas as condições de saúde bucal de mães e bebês que tiveram ou não acesso ao PASB-GPB.

O presente estudo foi realizado no município de Sobral-CE, na Comunidade Dom Expedito, onde é desenvolvido o PASB-GPB pela equipe de saúde da família do bairro, e na Comunidade do Bonfim, onde não há atenção odontológica inserida na ESF.

A Comunidade Dom Expedito é caracterizada por uma população de baixo padrão sócio-econômico, com aproximadamente cinco mil habitantes distribuídos em oito micro-áreas e cadastrados em 1.219 famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A Comunidade do Bonfim foi escolhida por apresentar condições sócio-econômicas semelhantes às da Comunidade Dom Expedito. Sua população é composta por cerca de dois mil e setecentos habitantes, distribuídos em 524 famílias cadastradas no SIAB e distribuídas em quatro micro-áreas. É uma comunidade assistida pela equipe de saúde da família do Bonfim, onde não há presença de equipe de saúde bucal, nem existem instalações de clínica odontológica.

A população alvo se caracteriza por dois grupos de crianças na faixa etária de 18 a 36 meses e suas mães, moradoras do Município de Sobral – CE, com características sócio-econômicas semelhantes, diferidas entre si quanto ao acesso à atenção odontológica e ao PASB-GPB. O grupo A é composto pelo universo dos pares mãe-filho da Comunidade Dom Expedito que foram beneficiadas pelas ações do PASB-GPB desde a gestação materna. O grupo B é formado por crianças e mães moradoras da Comunidade do Bonfim, onde não é oferecida nenhuma atenção odontológica nem às gestante ou puérperas, nem aos bebês, tanto no que se refere à atenção preventivo-educativa quanto à assistência clínica.

A coleta de dados consistiu de um exame bucal com finalidade epidemiológica das crianças dos dois grupos e de suas mães, seguido por questionamentos sobre as condições sócio-demográficas da população e percepção das mães sobre sua própria saúde bucal e a de seus filhos.

Foram seguidos os critérios do Projeto SBBrasil^a (BRASIL, 2001), durante o exame bucal, dentre os quais destacam-se o uso de espelho bucal plano; a utilização de luz natural, com o examinador e o participante sentados, de preferência, em local bem iluminado, ventilado e próximo a uma fonte de água, considerando os preceitos de biossegurança, tais

^a SBBrasil – Levantamento epidemiológico realizado em todo território nacional nos anos de 2002 e 2003 com o objetivo de produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira para subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde. Durante seu projeto era denominado SB 2000, mas devido ao atraso na coleta de dados passou a denominar-se SBBrasil.

como uso de jaleco, luvas e máscaras e descarte do material utilizado durante o exame em recipiente adequado e devidamente identificado.

Da mesma forma, a ficha clínica utilizada para o exame foi a mesma do SBBrasil, coletando-se só as informações necessárias para este estudo, através do preenchimento dos campos “cárie dentária e necessidade de tratamento”, “doença periodontal” e “edentulismo”. Estes dados são necessários para se obter o índice ceo-d^b nas crianças e a condição de saúde bucal das mães, que foi representada pelo índice CPO-D^b, índice AG^c e necessidade de uso de prótese.

Os exames bucais foram realizados por uma única examinadora treinada e calibrada previamente para realização dos exames ($\kappa=0,99$), a qual não era cega quanto ao grupo a que pertencia a mãe e a criança, pois os exames aconteceram nas residências dos participantes. Devido a essa peculiaridade, para sua realização foi fundamental o apoio dos membros das equipes dos Centros de Saúde da Família do Dom Expedito e do Bonfim, os quais auxiliaram na elaboração da relação das crianças e mães que encontravam na faixa etária proposta e no acesso a elas.

Os dados coletados foram analisados de forma descritiva, analítica e comparativa guiadas pelos objetivos propostos. No caso de distribuição não normal das variáveis, foram utilizados testes não paramétricos para a análise estatística. Para análise de variáveis contínuas entre os dois grupos utilizou-se o teste Mann-Whitney. Já a correlação entre variáveis contínuas foi testada a partir do coeficiente de Spearman. Quando se comparou duas variáveis dicotômicas utilizou-se o teste qui-quadrado para análise. Os dados foram processados e

^b Índices ceo-d e CPO-D – índices de dentes cariados, extraídos (ou perdidos) e obturados: utilizados para avaliar as condições de dentes decíduos e permanentes, respectivamente.

^c Índice AG – índice de alterações gengivais: utilizado para detectar de modo simples e objetivo alterações gengivais. É amplamente empregado em levantamentos e triagens de grupos populacionais e indicado para uso em saúde pública.

analisados através do programa estatístico SPSS 15.0 for Windows (Statistical Package for the Social Sciences Inc, Chicago, IL,USA).

Os aspectos legais e éticos foram considerados durante a realização do estudo, o qual só teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer N°. 380/08).

RESULTADOS

Foram examinados 112 pares mãe-filho nos dois bairros. Na Comunidade Dom Expedito, havia 83 crianças de 18 a 36 meses, cujas mães moravam no bairro desde a gestação e por isso foram acompanhadas pelo PASB-GPB. Destas, 81 participaram do estudo, totalizaram 72,3% dos examinados. O universo da população do Bonfim é formado por 34 duplas de mães e filhos com o perfil estabelecido, dos quais 31 foram examinados. As 5 mães e crianças que não participaram da pesquisa não foram encontradas em suas residências após vários retornos em dias e horários distintos e por isso não se conseguiu examiná-las.

Os bebês da Comunidade Dom Expedito apresentam média de idade de 26,5 meses, estão distribuídos de forma semelhante entre os dois sexos, sendo 53,1% (DP=5,2) meninas. Cerca de um terço deles freqüentam a creche, mas 62,5% destes iniciaram as atividades escolares a menos de 2 meses da época da coleta de dados. No Bonfim, a idade média das crianças é 25,6 meses e o sexo feminino representa 51,6% (DP=5,5) delas. Porém, somente 19,4% iam à creche, todas há menos de 2 meses.

A média de idade das mães no Dom Expedito e no Bonfim é 25,6 (DP=5,3) e 28,9 (DP=8) anos, respectivamente, as quais, em sua maioria, são donas de casa (65,4% e 93,5%), com rendimento familiar de até dois salários mínimos (76,5% e 77,4%) e com média de filhos de 1,93 (DP=1,9) e 2,35 (DP=1,45). As mães do grupo A e B têm o seguinte perfil educacional, respectivamente: 1,2% e 6,5% são analfabetas; 44,5% e 83,9% têm até o ensino

fundamental completo; 54,3% e 6,4% até o ensino médio e 3,2% concluíram o ensino superior no grupo B.

A análise comparativa entre os dois bairros evidenciou diferença significativa na média de idade das mães ($p=0,041$), em sua ocupação ($p=0,001$) e instrução ($p<0,001$). Já a renda e o número médio de filhos são características que se confirmaram homogêneas nas duas localidades ($p>0,05$).

Todas as famílias pesquisadas da Comunidade Dom Expedito moram em casas de alvenaria e recebem água do sistema de abastecimento público local. Realidade diferente ($p<0,001$) foi observada nos domicílios do Bonfim, onde somente 64,5% apresentavam essas características, estando as demais famílias (35,5%) morando em casas de taipa e providas com água de poço ou do rio.

A diferença principal existente entre os dois grupos é a atenção odontológica oferecida a cada um deles, variável que possibilita a avaliação da interferência das ações do PASB-GPB sobre as condições de saúde bucal da população em estudo. Esse fato é totalmente confirmado pelas mães dos dois grupos, quando respondem sobre a atenção recebida. Elas mostraram que no Bonfim um percentual significativamente menor das participantes fez tratamento odontológico durante a gestação, num valor de 9,7% delas, enquanto no Dom Expedito 82,7% fez ($p<0,001$). Da mesma forma, a quase totalidade delas (3,2%) não participou de grupo de gestante com presença de dentista. Diferentemente, no Dom Expedito 66,7% das mães participaram ($p<0,001$). Nenhuma das entrevistadas recebeu visita domiciliar da equipe de saúde bucal quando do nascimento de seus filhos no grupo B, enquanto no grupo A mais de 90% delas recebeu ($p<0,001$).

Para descrever as condições de saúde bucal dos participantes do estudo foram considerados nas mães os índices CPO-D e AG, que demonstram presença ou história pregressa de cárie e condição gengival respectivamente, assim como o uso e a necessidade de

prótese, que demonstram as características da assistência odontológica recebida em relação à capacidade reabilitadora. Já nos bebês foi observado o índice ceo-d, para análise da experiência de cárie. Esses dados foram condensados em duas tabelas. A tabela 1 traz as médias dos índices ceo-d e CPO-D e a descrição de seus componentes nas duas comunidades, assim como o teste estatístico que analisa a relação entre mãe e filho e os que comparam as duas comunidades. Na tabela 2 estão distribuídos os resultados referentes às condições de saúde bucal das mães em relação à saúde periodontal (índice AG) e ao uso e necessidade de prótese.

Não houve diferença significativa na comparação do ceo-d médio dos bebês do Dom Expedito e do Bonfim. Contudo, a prevalência de crianças com cárie (A=18,5% vs B=35,5%) é maior no grupo sem acompanhamento pelo PASB-GPB ($p=0,05$). Também não foi encontrada relação entre a idade e a prevalência de cárie, nem com a totalidade dos participantes ($p>0,05$), nem nos grupos A e B ($p>0,05$).

Verifica-se, a partir do CPO-D, que as mães do grupo A apresentam uma média significativamente menor de dentes com envolvimento atual ou prévio da doença. O componente cariado teve média semelhante entre as duas comunidades. O número de dentes perdidos e restaurados foi alto nos dois grupos, entretanto, significativamente diferentes, estando as mães do Bonfim apresentando médias maiores nos dois componentes do CPO-D.

Ao se analisar a perda dentária de todas as mães participantes do estudo com menos de 18 anos ($n=4$), observou-se uma alta prevalência de perda dentária, onde 75% destas já demonstravam edentulismo. Ao se realizar o teste de correlação entre os índices de cárie de mãe e filho não foi verificada correlação estatisticamente significativa, nem dentro de cada grupo ($p>0,05$), nem em toda a população estudada ($p>0,05$).

Em relação ao sangramento gengival, observado através do índice AG, verificaram-se melhores resultados nas mães do grupo A. Evidencia-se ainda, no grupo assistido pelo PASB-GPB, uma menor carência de reabilitação oral.

Quando se pede às mães participantes do estudo que atribuam uma nota para a sua saúde bucal, elas se pontuam com nota 6,7 (DP=2,5) no grupo A e 6,0 (DP=2,7) no grupo B. Porém quando a nota é para a saúde bucal de seus filhos, elas oferecem uma pontuação de 8,6 (DP=1,8) e 8,7(DP=1,4) nos respectivos grupos. Quando são questionadas em relação aos cuidados que dispensam à própria saúde bucal e à de suas crianças, o comportamento é semelhante, com notas parecidas entre os dois grupos (A e B = 7,2; DP_A=2,5 vs DP_B=2,2) e maiores para os cuidados com os filhos (A=8,2 vs B=8,7). Porém, quando aplicam nota aos cuidados em saúde bucal que receberam durante a gestação, observa-se, diferença significativa entre as mães das duas comunidades ($p < 0,001$). No Dom Expedito a nota média é 9,2 (DP=1,8), enquanto no Bonfim é 1,9 (DP=2,9).

Nas crianças acompanhadas pelo PASB-GPB, observa-se correlação inversa entre o índice de cárie (ceo-d) e a nota atribuída pela mãe à saúde bucal deles ($r_s = -0,28/p = 0,009$), assim como entre ceo-d e quantidade de escovações diárias dos filhos ($r_s = -0,268/p = 0,016$). Verifica-se entre o referido índice e seu componente cariado correlação direta forte, nas duas comunidades, sendo no grupo A de 0,99 ($p < 0,001$) e no B de 1 ($p < 0,001$), o que já era esperado a partir da descrição dos componentes do ceo-d.

O índice de cárie das mães (CPO-D) mostrou correlação direta com a idade delas e com a quantidade de filhos, com valor de 0,466 e 0,297 respectivamente no Dom Expedito, mostrando-se mais forte no Bonfim com 0,761 ($p < 0,001$) em relação à idade e 0,734 ($p < 0,001$) em relação ao número de filhos. Entre as mães acompanhadas pelos PASB-GPB, ainda nota-se correlação direta entre o índice CPO-D e seu componente cariado ($r_s = 0,413/p < 0,001$), assim como correlação inversa desse índice com as notas que elas deram

à sua saúde bucal ($r_s=-0,251 / p=0,024$) e aos cuidados com a própria saúde bucal ($r_s=-0,265/p=0,017$). No grupo B, a única outra correlação encontrada com o CPO-D foi inversa ao grau de instrução materno ($r_s=-0,482/p=0,006$).

No grupo A, verificou-se que a nota atribuída pelas mães à sua própria saúde bucal teve correlação direta com a quantidade de escovações diárias ($r_s=0,244/p=0,028$) realizadas por elas e inversa com a quantidade de dentes cariados presentes ($r_s=-0,346/p=0,002$).

Nas duas comunidades, verificou-se também correlação direta entre o número de escovação diária da mãe e a quantidade de vezes que elas escovam os dentes de seus filhos no dia ($r_{sA}=0,331/p=0,003$; $r_{sB}=0,520/p=0,003$).

DISCUSSÃO

São escassos os estudos que fazem avaliação das condições de saúde bucal de mães e bebês acompanhados por programas preventivo-educativos em odontologia desenvolvidos no ESF. Na literatura, normalmente encontraram-se pesquisas de prevalência voltadas à primeira infância que tem intenção apenas de conhecer a realidade dessas crianças em alguma localidade ou de avaliá-las quando acompanhadas por programas desenvolvidos em universidades ou creches (LEITE et al, 1999; BRANDÃO et al., 2006; VITOLLO, 2005; MOURA, MOURA e TOLEDO, 2007). Este é, portanto, um estudo inovador que analisa a efetividade de um programa de atenção em saúde bucal inserido em comunidade assistida pelo PSF a partir das condições de saúde bucal de mães e bebês cobertos por suas ações.

Optou-se por avaliar a condição de saúde bucal de crianças de 18 a 36 meses, por esta faixa etária ser a preconizada pelo levantamento epidemiológico SBBrasil de análise da população na primeira infância, procurando assim possibilitar comparação com dados encontrados na literatura.

Apesar de não ter sido observada diferença entre o ceo-d das crianças dos grupos A e B, a prevalência de crianças com experiência de cárie dentro do grupo acompanhado pelo PASB-GPB (18,5%) é menor que no grupo sem atenção odontológica (35,5%), sugerindo melhores condições de saúde bucal no grupo de crianças acompanhadas pelo PASB-GPB. Essa diferença é ainda mais evidenciada por ser uma população infantil jovem, inserida num contexto social desfavorável, e semelhante sócio-culturalmente ao Bonfim. Outra evidência de boa saúde bucal nos bebês do grupo A surge dos dados do levantamento SBBrasil, de onde nota-se que tanto no país como no nordeste brasileiro a prevalência de cárie em bebês é aproximadamente 27% (BRASIL, 2004), havendo portanto menos crianças com cárie no Dom Expedito e mais no Bonfim em relação às médias nacional e nordestina.

Apesar da utilização de uma metodologia bastante reproduzida nos estudos epidemiológicos brasileiros, houve dificuldade na comparação dos resultados obtidos devido às diferenças metodológicas relacionadas à faixa etária, aos parâmetros para estabelecer o diagnóstico de cárie, à coleta de dados, dentre outras.

Para possibilitar análise dos achados deste estudo sobre a saúde bucal dos bebês realizou-se síntese das pesquisas de prevalência de cárie na primeira infância encontradas na literatura, que está apresentada na tabela 3. Comparando os dados da tabela com a quantidade de cárie observada nas crianças do Dom Expedito e Bonfim, percebe-se no grupo A uma menor prevalência de crianças com cárie em relação à maioria dos estudos, ponderando as diferenças de idade, sócio-econômicas e de diagnóstico da doença. Fazendo a mesma análise com relação ao grupo B, a prevalência de bebês com cárie tem semelhanças com alguns estudos analisados e é maior que outros.

A pesquisa de Brandão et al. (2006), realizada com crianças inseridas em centros municipais de estudos e recreação notou um pequeno percentual de crianças com cárie cavitada (7,3%), apresentando resultado bem diferente aos demais que analisam crianças na

primeira infância no Brasil, provavelmente pelas características sociais da população, que apresenta a maioria das mães com escolaridade acima de 9 anos de estudo e metade das famílias incluídas nas melhores classes econômicas classificadas pelo autor. Valores como o de Brandão et al. (2006) não são comuns em estudos brasileiros, sendo encontrados apenas em regiões desenvolvidas do mundo. Iida et al. (2007) observou 27,5% de crianças americanas com cárie, mas a faixa etária era de 2 a 5 anos e manchas brancas de cárie foram consideradas, sendo portanto um valor de boa condição de saúde bucal. Em Hong Kong, também foi observada uma pequena prevalência de cárie em crianças com média de idade de 20 meses, estando apenas 7,6% das crianças estudadas com lesões de cárie cavitadas (CHAN et al., 2002).

A literatura mostra que a prevalência de cárie em crianças aumenta conforme a idade (MOHEBBI et al., 2006; SAITO et al., 1999). Observa-se no Irã, uma variação na prevalência de cárie de 3 a 33% dependendo da faixa etária, que variou de 12 a 15 meses até 26 a 36 meses (MOHEBBI et al., 2006). A prevalência de cárie encontrada em crianças nas faixas etárias de 18 a 23, 24 a 35 e 36 a 48 meses em Piracicaba-SP, foi respectivamente 35%, 74% e 71%, comprovando a associação entre idade e prevalência de cárie. Porém, na presente pesquisa não foi encontrada relação entre a idade e a prevalência de cárie, nem com a totalidade dos participantes, nem nos grupos A e B.

Apesar de semelhantes, o ceo-d das crianças dos dois grupos são menores que a média dos encontrados no Brasil e no Nordeste: 1,1 e 1,0 respectivamente. (BRASIL, 2004).

Enfatiza-se no estudo a composição do índice ceo-d nos dois grupos, que é predominantemente caracterizado por cárie ativa tanto nos bebês do Dom Expedito como nos do Bonfim. Não havendo, portanto, efetividade do PASB-GPB na assistência curativa ao bebê. Provavelmente esse dado se justifique pelo pequeno percentual de crianças na creche na

faixa etária analisada, pois a realização da busca ativa por crianças com lesão de cárie dentro do programa só acontece nas creches.

Devido ao pequeno percentual de crianças frequentando creches nos dois bairros, não se realizou a comparação da saúde bucal entre crianças dos grupos A e B que já frequentavam a creche, o que possibilitaria a avaliação da terceira fase do PASB-GPB. Porém, a partir da falta de assistência observada aos bebês, pode-se sugerir que os profissionais da Equipe de Saúde da Família do Dom Expedito devem mudar a estratégia de realizar levantamento de necessidades somente nas creches, incluindo, quem sabe, exames odontológicos durante as consultas de puericultura.

A diferença verificada nos componentes perdido e restaurado do índice CPO-D comprovam a maior assistência odontológica para as mães do Dom Expedito, principalmente no que diz respeito à característica reabilitadora e não mutiladora do tratamento. No Bonfim, provavelmente esta característica predomina devido à falta de acesso ao serviço odontológico, gerando busca pela resolução do problema a qualquer custo, aliada à ainda comum prática de extrações em série no país (PINTO, 2008).

Porém, nota-se que ainda é necessário investir em mecanismos para alcançar uma maior resolutividade da cárie pelo PASB-GPB, pois uma média de quase 2,7 dentes cariados em mulheres que tiveram acesso prioritário há pouco mais de um ano e meio é um valor alto de reinfecção ou de mães não cobertas pelas ações curativas ofertadas pelo programa.

Em estudo que acompanhou mulheres a partir do segundo trimestre de gestação até que seus bebês completassem 24 meses de vida com o intuito de avaliar a efetividade de métodos de prevenção de cárie, encontrou-se, em exame realizado no início da pesquisa, um CPOD médio de 14 entre as mães estudadas, sendo 9 a média do componente cariado (ZANATA et al., 2003). Comparando esses achados com a condição de saúde bucal das mães pertencentes aos dois grupos deste estudo, pode-se perceber que as participantes do PASB-

GPB apresentam melhor saúde bucal e as mulheres do Bonfim mostram condições semelhantes, diferindo apenas na quantidade de cárie ativa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu metas a serem atingidas pelos países como forma de avaliação e de estabelecimento de parâmetros para a melhoria da saúde bucal das populações para o ano 2000 (FDI, 1982). Neste estudo, constatou-se que apenas 75% das mulheres examinadas, de até 18 anos, não apresentavam perda dentária. Confrontando esse dado com a meta proposta pela OMS, de 85% da população na faixa etária citada não ter perdido nenhum dente, verifica-se que as mulheres estudadas não alcançaram a meta utilizada como parâmetro de boas condições bucais para o ano 2000. A OMS já propôs metas para o ano 2010 (OMS e OPAS, [2004?]), que é de não haver perda dentária aos 18 anos. Porém, se as mães em estudo não atingiram as metas do ano 2000, é evidente que as de 2010 também não serão alcançadas.

Sobre a correlação entre saúde bucal de mães e filhos, que é frequentemente relatada na literatura (GUIMARÃES et al., 2004; FRITSCHER, 1998; ZANATA et al., 2003). No presente estudo, esta relação não se confirmou, provavelmente devido à baixa faixa etária e variância da idade das crianças, haja vista que esta relação é normalmente encontrada em estudos com crianças mais velhas e maior variância de idade (MOHEBBI et al., 2006; SAITO et al, 1999).

Compreende-se a melhor saúde periodontal observada nas mães do Dom Expedito como fruto do PASB-GPB, acreditando que as mães dessa comunidade além de ter conhecimento para realização da higiene oral de forma adequada estão sensibilizadas para tal. No estudo de Zanata et al. (2003) observou-se que 95,4% das gestantes necessitavam de algum tipo de tratamento periodontal, e destes 21,9% foram resolvidos com procedimentos preventivos. Ao confrontar esses dados com os observados neste estudo, confirma-se que as

mulheres do grupo A apresentam boas condições de saúde gengival, pois menos de 36% delas apresentam problemas gengivais.

Os resultados do SBBrasil mostram que no país a percentagem de pessoas sem nenhum problema periodontal nas faixas etárias de 15 a 19 e 35 a 44 anos de idade é de 46,2% e 21,9%, respectivamente. Porém, no Nordeste os resultados se apresentam ainda piores, diminuindo para 36,7% examinados com a gengiva sadia na faixa etária de 15 a 19 anos e para 17,24% nos adultos de 35 a 44 anos. Desse modo, confirma-se que nas mães acompanhadas pelo PASB-GPB há uma melhor condição gengival.

Quando observado o uso de prótese no Brasil, verificou-se, através do último levantamento epidemiológico nacional, a seguinte realidade: não usavam prótese superior e inferior, respectivamente, 98,1% e 99,7% das pessoas na faixa etária de 15 a 19 anos; e 51,6% e 84,4% das pessoas na faixa etária de 35 a 44 anos. A situação no Nordeste é bastante semelhante.

Em se tratando da necessidade de prótese no Brasil, 90,7% e 76,5% dos adolescentes de 15 a 19 anos não precisavam usar prótese superior e inferior, respectivamente. Na faixa etária de 35 a 44 anos esse percentual diminui para 64,1% e 29%. No Nordeste a situação se mostrou pior de 3 a 8 pontos percentuais.

Os resultados encontrados nas mães acompanhadas pelo PASB-GPB, em relação ao uso de prótese, são semelhantes aos encontrados no SBBrasil nos adolescentes, porém um percentual bem menor dos adultos do Brasil não usam prótese.

A necessidade de prótese, ao ser comparada com os indivíduos de 15 a 19 anos examinados no SBBrasil, apresenta-se maior na mães do PASB-GPB. Porém, comparando com os de 35 a 44 anos, os brasileiros necessitam, em maior percentual, do uso de prótese dentária.

Nas duas comunidades, constata-se uma menor necessidade de uso de prótese superior do que inferior, concordando com o que afirma Pinto (2008) sobre a população brasileira. Possivelmente, esse fato acontece devido à dificuldade de adaptação desta, ou ao valor estético atribuído àquela (COLUSSI, FREITAS e CALVO, 2004).

Apesar de ter sido comprovada diferença entre a saúde bucal das mães dos dois grupos estudados, tanto referente à cárie, como à doença periodontal e ao edentulismo, essas mulheres não avaliam sua saúde bucal de forma distinta, independente de ter ou não melhores indicadores de saúde bucal ou acompanhamento odontológico. Esse resultado discorda dos achados de Rocha e Goes (2008), os quais verificaram haver melhor autopercepção em relação à saúde bucal pelos indivíduos com acesso aos serviços de saúde bucal. Mas, Silva et al. (2005) encontrou um grau de autopercepção altamente positivo em uma população com CPO-D alto e grande número de indivíduos edentulos, fato que pode ter acontecido no grupo B deste estudo.

Unfer e Saliba (2000), em estudo com usuários da ESF do Rio Grande do Sul, questionaram aos indivíduos satisfeitos com sua saúde bucal, porque eles a consideram boa. Os usuários mencionaram que “nada incomodava”, que “não sentiam nada”, que “foram ao dentista” e que “comem bem”. O autor destaca que esses dados evidenciam que as noções de saúde e doença bucal são concebidas por cada indivíduo de acordo com seu próprio critério, podendo refletir tanto suas experiências anteriores com cuidados dentários, como expectativas de saúde bucal relativas a algum grupo de referência. Dentro desta perspectiva, a relativa boa percepção de saúde bucal das participantes do Bonfim pode ser um reflexo da ausência do incômodo provocado por doenças bucais, já que existe um elevado grau de edentulismo nesta população e elas atribuem valor à sua saúde bucal de forma semelhante às mães da comunidade Dom Expedito. Aliada à esse entendimento, pode também estar a influência das crenças populares de que os dentes não duram por toda a vida, estimulada pela própria

situação vivida por essas pessoas quanto à perda dental ou pela realidade de sua rede social (UNFER e SALIBA, 2000), além da crença no dito popular “a cada gravidez um dente é perdido” (SCAVUZZI, 2008).

A evidência da semelhante pontuação entre os grupos aos cuidados realizados com a própria saúde, também pode ter sido influenciada por suas crenças. Desta forma, apesar da diferença entre os grupos em relação ao nível de saúde bucal destes, as notas das participantes não refletem esta diferença, pois não se relacionam à realidade, e sim a percepção sobre o que foi perguntado. Esta semelhança também pode ser esclarecida por Solymos (2006), em estudo que explica a compreensão de mães no enfrentamento de problemas de saúde. A autora traz que existe uma tendência de aceitação das mães com a situação de saúde, devido a um sentimento de impotência, gerada por sua incapacidade de resolver freqüentes problemas de saúde. Intimamente associado à impotência, apresenta-se o fatalismo, uma compreensão das próprias condições como algo que não pode ser mudado, o que as deixam acomodadas e resignadas. Unfer e Saliba (2000) também afirmam que devido à não visualização das possibilidades de mudança, elas aceitam a manutenção do seu estado atual, não vislumbrando o quão diferente sua saúde poderia ser.

O estudo de Silva et al. (2006) afirma que as mães enxergam o fato de terem perdido os dentes por “falta de cuidado” como incentivo para aumentar o cuidado delas com relação à saúde bucal dos filhos, o que é ilustrado pela seguinte fala: “Não tenho mais dentes porque meu pai não cuidou da minha saúde, e quando tinha problemas tinha que ir ao dentista arrancar. Hoje os meus filhos já tratam de dente [...] tem muita higiene, limpa, escova todos os dias e olho se tá tudo limpinho”. Este pensamento, associado ao sentimento de responsabilidade com o cuidado ao filho, incluindo a atenção em saúde bucal, cobrado pela sociedade e com conseqüente culpa das mães que não desempenham esse papel de forma adequada (ABREU, PORDEUS e MODENA, 2005; ROBLES, GROSSEMAN, e BOSCO,

2007), pode explicar o motivo das melhores notas atribuídas à saúde bucal e aos cuidados dispensados ao filho.

Observou-se que existe uma lacuna entre a segunda e a terceira fase do programa que compromete o acompanhamento e cuidado com os bebês, ficando as crianças desprovidas de atenção em saúde bucal até sua entrada na creche, o que permite o desenvolvimento de lesões de cárie nessas crianças. Sendo esta uma fragilidade do PASB-GPB que deve ser revista pelos profissionais que o desenvolve.

Sugere-se com este estudo que as condições de saúde bucal de mães e bebês acompanhados pelo PASB-GPB apresentam-se melhores em relação à população sem acompanhamento no município, assim como apresentam melhores indicadores sobre os dados observados na literatura brasileira. Demonstrando resultados efetivos alcançados pelo programa. Porém, foi evidente que as mães não se percebem diferente em relação à sua saúde bucal destas e de seus filhos, apesar da real diferença observada entre os grupos com e sem acompanhamento em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G, PORDEUS, I. A., MODENA, C.M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG). **Rev C S Col**, v.10, n.1, p.245-259, 2005.
- ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.1, p.37-46, 2009.
- BRANDÃO, I. M. G. et al. 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.1247-1256, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB2000**: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva - instrumentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- CHAN, S. C. L.; TSAI, J. S. J.; KING, N. M. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.12, p.322-331, 2002.
- COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 1, 2004.
- GUIMARÃES, M. S et al. Atividade de cárie na primeira infância: fatalidade ou transmissibilidade? **Cienc. Odontol. Bras.**, v.7, n.4, p.45-51.
- FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE (FDI). Global Goals for Oral Health in the year 2000. **International Dental Journal**, v.32, n.1, p.74-77, 1982.
- FEITOSA, S.; COLARES, V. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.604-609, 2004.
- FRITSCHER, A. M. G; ARAÚJO, D. F. ; FIGUEIREDO, M. C. Avaliação comparativa dos índices de cárie, placa visível e sangramento gengival de 50 pares mãe-filho. **JBP. Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, v. 1, n. 4, p. 34-42, 1998.
- IIDA, H.; AUINGER, P.; BILLINGS R. J.; WEITZMAN, M. Association Between Infant Breastfeeding and Early Childhood Caries in the United States. **Pediatrics**, v.120, n.4, p.944-952, 2007.

KWAN, S. Y. et al. A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull. World Health Organ.*, v.83, n.9, p.677-685, 2005.

LEITE, T. A. et al. Cárie dental e consumo de açúcar em crianças assistidas por creche pública. *Rev Odontol Univ São Paulo*, v.13, n.1, p.13-18, 1999.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A Inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.6, p.1538-1544, 2004.

MOHEBBI, S. Z; VIRTANEN, J. I.; VAHID-GOLPAYEGANI, M.; VEHKALAHTI, M. M. Early childhood caries and dental plaques among 1-3-years old in Tehran, Iran. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, v.24, n.4, p.177-181, 2006.

MOURA, L. F. A. D.; MOURA, M. S.; TOLEDO, O. A. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p.1079-1086, 2007.

NOMELINI, M. H. D.; CUNHA, S. F. C. Prevalência de cárie e determinação dos fatores cariogênicos em bebês de uma equipe do Programa Saúde da Família, Uberaba-MG. *JBP Rev. Ibero-am. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, v.9, n.47, p.73-78, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Saúde Bucal*. Brasília: OPAS, [2004?]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2009.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p.121-130, 2004.

PEREIRA LIMA, V.L.G. et al. Análise da eficácia de programas sociais de promoção da saúde realizados em condições macroestruturais adversas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.679-696, 2004.

PINTO, V. G. Saúde bucal para adultos. In: _____. *Saúde bucal coletiva*. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008.

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. Saúde Pública*, v.21, n.6, p.1695-1700, 2005.

ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S.; BOSCO, V. L. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007.

ROCHA, R. A. C. P; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.12, p.2871-2880, 2008.

SAITO, S. K.; DECCICO, H. M. U.; SANTOS, M. N. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. *Rev Odontol Univ São Paulo*, v.13, n.1, p.5-11, 1999.

SCAVUZZI, A. I. F. et al., 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.8, n.1, p.39-45, 2008.

SILVA, C. J. P. et al. (2006). Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Coimbra/Minas Gerais. **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v.47, n.3, p.23-28, 2006.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1251-1259, 2005.

SOLYMOS, G. M. B. A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. **Estudos Avançados**, v.20, n.58, p. 111-122, 2006.

UNFER E SALIBA. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.2, p.190-195, 2000.

VITTOLO, M. R. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1448-1457, 2005.

ZANATA, R. L. et al. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. **Brazilian Dental Journal**, v.14, n.2, p.75-81, 2003.

TABELAS

Tabela 1: Distribuição da condição de saúde bucal das mães e filhos das comunidades Dom Expedito e Bonfim segundo os índices CPO-D e ceo-d e seus componentes cariado (C/c), perdido/extraído (P/e) e obturado (O/o).

		Dom Expedito		Bonfim		Mann-WhitneyU
		média	DP	média	DP	
Mãe	CPO-D	10,30	6,28	14,81	9,66	p=0,036
	C	2,70	2,85	3,26	3,03	p=0,385
	P	3,70	4,36	10,68	9,42	p=0,001
	O	3,90	3,42	0,87	1,70	p<0,001
	hígidos	20,54	5,97	16,39	9,00	p=0,039
Bebê	ceo-d	0,52	1,38	0,97	1,88	p=0,70
	c	0,47	1,25	0,97	1,88	p=0,065
	e	0,05	0,44	0,00	0,00	p=0,536
	o	0,00	0,00	0,00	0,00	p=1,00
	hígidos	16,72	3,44	17,32	2,70	p=0,656
Spearman CPO-D x ceo-d		r _s =-0,152 p=0,176		r _s =0,183 p=0,324		

Tabela 2: Distribuição da condição de saúde bucal das mães das comunidades Dom Expedito e Bonfim segundo o índice AG e a necessidade e uso de prótese dentária.

Condição periodontal		Dom Expedito		Bonfim		χ^2	
índice AG	sem sangramento	64,2%		25,8%		p<0,001	
	com sangramento	35,8%		74,2%			
Condição protética		superior	inferior	superior	inferior	superior	inferior
uso de prótese	parcial removível	7,4%	1,2%	19,4%	9,7%	p=0,001	p=0,025
	total	0,0%	0,0%	12,9%	3,2%		
	não	92,6%	98,8%	67,7%	87,1%		
necessidade de prótese	1 elemento	6,2%	4,9%	0,0%	6,5%	p=0,011	p=0,004
	mais de 1 elemento	4,9%	7,4%	3,2%	0,0%		
	mais de 1 prótese	14,8%	34,6%	25,8%	67,7%		
	total	0,0%	0,0%	12,9%	3,2%		
	não	74,1%	53,1%	58,1%	22,6%		

Tabela 3: Distribuição da prevalência de cárie dentária e do ceo-d na primeira infância encontrados na literatura.

Autor (es)	A n o	L o c a l	Idade da criança (meses)	Prevalência de cárie	ceo-d médio
Leite et al.	1999	Juiz de Fora – MG	25-71	70,6%	2,75
Saito, Deccico e Santos	1999	Piracicaba – SP	18-48	60,2%	3,4
			18-23	35,0%	-
			24-35	74,0%	-
			36-48	71%	-
Chan, Tsai e King	2002	Hong Kong – China	12-36	7,6%	-
Feitosa e Colares	2004	Recife – PE	48	47,0%	2,06
SBBrasil	2004	Brasil Nordeste	18-36	26,8%	1,1
			18-36	26,9%	1
Ribeiro et al	2005	João Pessoa – PB	48	43,7%	-
Vitolo et al.	2005	São Leopoldo – RS	12-16	14,9%	-
Brandão et al.	2006	Araraquara – SP	24-35	28,20% (7,3% cavitadas)	-
Nomelini e Cunha	2006	Uberaba – MG	0-12	0%	0
			12-24	13,9%	0,44
			24-36	23,5%	1,47
Mohebbi et al.	2006	Teerã – Irã	12-15	3,0%	1
			16-19	9,0%	-
			20-25	14,0%	-
			26-36	33,0%	1,2
Iida et al.	2007	Estados Unidos	12-60	27,5%	-

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que as mães acompanhadas pelo PASB-GPB apresentaram maior assistência odontológica curativa e preventivo-educativa quando comparadas com as do Dom Expedito.

Percebe-se que as mães participantes do programa têm maior entendimento em reconhecer que a afirmação “não se pode realizar tratamento odontológico durante a gravidez” é um mito popular. Porém, nos dois grupos, de forma semelhante, as mulheres já desmistificaram outra crença popular, de que “gravidez gera problemas bucais para a gestante”.

A análise das variáveis que abordam o conhecimento das mães sobre hábitos de higiene bucal do bebê demonstra um maior grau de entendimento pelas mulheres da comunidade Dom Expedito. Da mesma forma, a maioria dos questionamentos relacionados ao conhecimento sobre alimentação não cariogênica é melhor nas mulheres assistidas pelo PASB-GPB. Apenas em algumas variáveis desse tema, por exemplo “achar que amamentação tem alguma importância para a boca” ou “achar que alimentação noturna causa problema dentário” não constataram diferença entre os grupos estudados. Esses achados demonstram que o PASB-GPB é efetivo quando se analisa o potencial de difundir conhecimento.

Porém, não se comprovou incremento de comportamentos alimentares saudáveis a partir da comparação entre os dois grupos, mesmo havendo melhor conhecimento pela população acompanhada pelo programa. Em relação aos hábitos de higiene bucal do bebê, existem melhores resultados nas atitudes realizadas com as crianças do Dom Expedito.

Considera-se que resultados mais efetivos poderiam ter sido obtidos nos comportamentos relacionados às práticas alimentares das crianças, haja vista o grande envolvimento das mães nas atividades desenvolvidas pelo PASB-GPB e o evidente grau de conhecimento demonstrado pelas moradoras da Comunidade Dom Expedito.

A análise das condições de saúde bucal mostrou que menos de 20% dos bebês assistidos pelo PASB-GPB tiveram experiência de cárie. Diferentemente, no grupo sem atenção odontológica, mais de 35% deles eram acometidos pela doença. Porém, o índice referente à experiência de cárie em crianças, ceo-d, não evidenciou diferença significativa entre os dois grupos.

As mães assistidas pelo programa mostraram melhores indicadores de saúde bucal, tanto em relação à cárie e ao sangramento gengival, evidenciados pelos índices CPO-D e AG, como no que diz respeito ao uso e necessidade de prótese. Portanto, os dados verificados no exame bucal dos dois grupos comprovaram que os moradores da comunidade Dom Expedito, que possui acompanhamento do PASB-GPB, apresentam melhores indicadores de saúde bucal em comparação com o grupo sem assistência e a população brasileira. Estes achados demonstram que o desenvolvimento de programas direcionados para mães e bebês, com caráter tanto preventivo-educativo como curativo, inseridos em comunidades assistidas pela ESF, é uma estratégia efetiva de melhorar a condição de saúde bucal da população acompanhada.

O estudo mostrou que as condições reais de saúde bucal encontradas a partir dos exames odontológicos apresentam-se desconexas em relação à percepção das mães sobre sua própria saúde bucal, pois apesar das mães do Bonfim terem apresentado condições menos favoráveis de saúde bucal, elas atribuíram nota para sua saúde bucal semelhante às notas oferecidas pelas mulheres do Dom Expedito, demonstrando que a percepção de saúde bucal não é influenciada apenas pela condição real de saúde bucal e sugerindo aceitação da perda dental como algo natural com o passar da idade.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A autora da presente pesquisa trabalhou como dentista da ESF da comunidade Dom Expedito entre os meses de abril de 2007 e junho de 2008, participando das atividades do PASB-GPB nesse período. Esse fato faz com que parte dos moradores da comunidade conheçam a pesquisadora, podendo este ser um potencial viés do estudo, limitando o mesmo. Entretanto, para minimizar os efeitos dessa realidade sobre os resultados do estudo, a coleta de dados foi realizada por outra pesquisadora nas duas comunidades.

Verifica-se também neste estudo limitação na avaliação do PASB-GPB, no que diz respeito à terceira fase do programa. Isto deveu-se à pequena quantidade de crianças na creche

dentro da faixa etária estudada, o que impossibilitou avaliar a eficácia dessa etapa do programa.

Também se acredita que uma avaliação de resultados mais fidedigna do PASB-GPB seria alcançada se tivesse sido realizado antes do início do programa um retrato da realidade existente, para que a comparação fosse desenvolvida com a realidade inicial da mesma população, pois as diferenças encontradas seriam certamente consequência das ações do programa.

6.2 TRABALHOS FUTUROS

Os resultados de um estudo normalmente fazem surgir novos questionamentos. E a partir dessas novas dúvidas, sugere-se que outros trabalhos sejam desenvolvidos para respondê-las.

Este estudo foi realizado a partir do referencial teórico de avaliação proposto por Donabedian. Porém, se restringiu a avaliar o critério resultado, sendo necessária a realização da avaliação dos processos da estrutura desse programa.

Como este trabalho seguiu uma metodologia quantitativa, sugere-se também o desenvolvimento de avaliação qualitativa do PASB-GPB, para tentar explicar a lógica interna dos sujeitos envolvidos no programa, buscando entender, por exemplo, o porquê de não haver mudança de comportamento mesmo quando as mães já têm o conhecimento fixado.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. H. N. G, PORDEUS, I. A., MODENA, C.M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.245-259, 2005.

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES. C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.3, p.789-796, 2004.

ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.1, p.37-46, 2009.

ANTUNES, I. s. et al. Avaliação da percepção de crianças e conhecimentos dos educadores frente à saúde bucal, dieta e higiene. **Pesq. Bras. Odontop. Clin. Integ.**, v.6, n.1, p. 79-85, 2006.

BALDANI, M. H. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1026-1035, 2005.

BASTOS, J. R. M. Orientação em escolas públicas é chave para a erradicação da cárie: depoimento. [Informativo de 8/05/2003]. Bauru: **Universia Rede de Universidades**. Entrevista concedida à Agência USP de notícias. Disponível em: <http://www.universia.com.br/html/noticia/noticia_dentrodocampus_hcae.html> Acesso em 14 de novembro de 2008.

BLINKHORN, A. S.; WAINWRIGHT-STRINGER, Y. M.; HOLLOWAY, P. J. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. **Int Dent J**, v.51, n.6, p.435-138, 2001.

BRANDÃO, I. M. G. et al. 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.1247-1256, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família **Diário Oficial da União 250-E**, Brasília, 29 dez. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB2000**: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva - instrumentos básicos**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

CAMPOS, C. E. A. Avaliação e melhoria da qualidade da atenção primária em saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.5 Supl. 1, p.S63-S69, 2005.

CAMPOS, C. E. A.; GARCIA, J. Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. **Rev. Katál. Florianópolis**, v.10, n.1, p.95-104, 2007.

CASTELLANOS, R. A. Orientação sobre saúde bucal em um centro de saúde. **Rev. Saúde Pública**, n.11, p.248-257, 1977.

CHAN, S. C. L.; TSAI, J. S. J.; KING, N. M. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.12, p.322-331, 2002.

CHIBINSKI, A. C. R.; WAMBIER, D. S. Protocolo de Promoção de Saúde Bucal para Crianças Portadoras de Cárie de Estabelecimento Precoce. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, v.5, n.5, p.281-290, 2005.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p.1075-1080, 2008.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 1, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P., et al. L'Evaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. **Bulletin**, v.33, n.1, p.12-17, 1993.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, v.114, p.1115-1118, 1990.

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. [s.l.]: Oxford University Press, 2003.

DOUGLASS, J. M.; DOUGLASS, A. B.; SILK, H. J. A practical guide to infant oral health. **American Family Physician**, v.70, n.11, p.2113-2120, 2004.

FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE (FDI). Global Goals for Oral Health in the year 2000. **International Dental Journal**, v.32, n.1, p.74-77, 1982

FEITOSA, S.; COLARES, V. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.604-609, 2004.

FIGUEIREDO, A. M. & TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos Fundap**, n.19, p.98-105, 1996.

FINLAYSON et al. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, p.272-281, 2007.

FRACASSO, M. L. C. et. al. Efficacy of an oral health promotion program for infants in the public sector. **J. Appl. Oral Sci.**, v.13, n.4, p.372-376, 2005.

FREEMAN, R. et al. Addressing children's oral health inequalities in Northern Ireland: a research-practice-community partnership initiative. **Public Health Rep.**, v.116, n.6, p.617-625, 2001.

FRITSCHER, A. M. G; ARAÚJO, D. F. ; FIGUEIREDO, M. C. Avaliação comparativa dos índices de cárie, placa visível e sangramento gengival de 50 pares mãe-filho. **JBP. Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, v. 1, n. 4, p. 34-42, 1998.

FUHRMANN, N. L. Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil. **Rev. Virtual Textos & Contextos**, n.2, p-1-16, 2003.

GABRIELLONI, M. C. Resenha do artigo: DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, *Milbank Mem Fund Q.*, v.44, n.3 Sup., p.166-206, 1966. **Einstein**, v.2, n.1, p.51, 2004.

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**. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GRANVILLE-GARCIA et al. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru – PE. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n.3, p.243-249, 2007.

GUIMARÃES, M. S et al. Atividade de cárie na primeira infância: fatalidade ou transmissibilidade? **Cienc. Odontol. Bras.**, v.7, n.4, p.45-51.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998**, Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IIDA, H.; AUINGER, P.; BILLINGS R. J.; WEITZMAN, M. Association Between Infant Breastfeeding and Early Childhood Caries in the United States. **Pediatrics**, v.120, n.4, p.944-952, 2007.

KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; ROMANO, A. R. **Promoção de saúde bucal em odontopediatria**, 2. ed., São Paulo: Artes Médicas, 2000.

KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa**. Dissertação (Mestrado Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ-RJ, Ponta Grossa, 2002.

KWAN, S. Y. et. al. A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. **Bull. World Health Organ.**, v.83, n.9, p.677-685, 2005.

LEITE, T. A. et al. Cárie dental e consumo de açúcar em crianças assistidas por creche pública. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.13, n.1, p.13-18, 1999.

LYNDSAY, A. C. Brazilian mothers' beliefs, attitudes and practices related to child weight status and early feeding within the context of nutrition transition. **J. Biosoc. Sci**, v.41, p.21-37, 2009.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v.3, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

MATIDA, A. H.; CAMACHO, L.A.B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.1, p.37-47, 2004.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A Inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1538-1544, 2004.

MELO, J. M. et. al. Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.2, p.280-286, 2007.

MOHEBBI, S. Z; VIRTANEN, J. I.; VAHID-GOLPAYEGANI, M.; VEHKALAHTI, M. M. Early childhood caries and dental plaques among 1-3-years old in Tehran, Iran. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, v.24, n.4, p.177-181, 2006.

MORAES, A. B. A.; POSSOBON, R. F.; ORTIZ, C. E. Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programa de assistência odontopediátrica na primeira infância. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v.14, n.3, p.287-293, 2000.

MOURA, L. F. A. D.; MOURA, M. S.; TOLEDO, O. A. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.1079-1086, 2007.

NATIONS, M. K. et al. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.4, p.800-808, 2008.

NEMES, M. I. B. Saúde do adulto. In: SCHRAIBER, I. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.). **Programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996, p.48-63.

NOMELINI, M. H. D.; CUNHA, S. F. C. Prevalência de cárie e determinação dos fatores cariogênicos em bebês de uma equipe do Programa Saúde da Família, Uberaba-MG. **JBP Rev. Ibero-am. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, v.9, n.47, p.73-78, 2006.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.5, p.547-59, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Brasil. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde Bucal**. Brasília: OPAS, [2004?]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2009.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.121-130, 2004.

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.12-17, 2004.

PETRY, P.C., PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (Org.). **ABOPREV: promoção de saúde bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p.371-85.

PINTO, V. G. Saúde bucal para adultos. In: _____. **Saúde bucal coletiva**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008.

RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.13, n.3, p.303-311, 1999.

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. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1695-1700, 2005.

ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S.; BOSCO, V. L. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.

ROCHA, R. A. C. P; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.12, p.2871-2880, 2008.

SAITO, S. K.; DECCICO, H. M. U.; SANTOS, M. N. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.13, n.1, p.5-11, 1999.

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

SANTI, L. N.; NAKANO, A. M. S. Identificando o papel da mulher enquanto mãe no contexto de cuidadora de saúde bucal do filho. **Odontologia e Sociedade**, v.9, p.19-29, 2007.

SANTOS, A. P.; SOVIERO, V. M. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v.16, n.3, p.203-208, 2002.

SCAVUZZI, A. I. F. et al., 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.8, n.1, p.39-45, 2008.

SCOCHI, M. J. et al. Ensaio para a institucionalização da avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.221-236.

SERTÓRIO, S. C. M; SILVA, I. A. As faces simbólica e utilitária da chupeta na vida de mães. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.1, p.156-162, 2005.

SILVA, C. J. P. et al. Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Coimbra/Minas Gerais. **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v.47, n.3, p.23-28, 2006.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1251-1259, 2005.

SOLYMOS, G. M. B. A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. **Estudos Avançados**, v.20, n.58, p. 111-122, 2006.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

TOMITA, N. E.; BIJELLA, V. T.; FRANCO; L. J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.3, p.299-303, 2000.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1561-1569, 2002.

UNFER E SALIBA. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.2, p.190-195, 2000.

VASCONCELOS, R. et al. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. **PGR-Pós-Grad. Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos**, v. 4, n.3, p. 43-51, 2001.

VIEIRA-DA-SILVA, M. L. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **CAD. de Saúde Pública**, v.10, n.1, p.80-91, 1994.

VIEIRA, G. F.; ZOCRATTO, K. B. F. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. **RFO**, v.12, n.2, p.27-31, 2007.

VITOLO, M. R. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1448-1457, 2005.

WARREN, J. J. et al. Factors associated with dental caries experience in 1-year-old children. **J Public Health Dent.**, v.68, n.2, p.70–75, 2008.

WEINSTEIN, P.; HARRISON, R.; BENTON, T. Motivating parents to prevent caries in their young children: one-year findings. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 135, n.6, p.731-738, 2004.

XIMENES, L. B. A influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. **Acta. Scientiarum. Health Sciences**, v.26, n.1, p.223-230, 2004.

ZANATA, R. L. et al. Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. **Brazilian Dental Journal**, v.14, n.2, p.75-81, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA CIENTÍFICA: Avaliação da efetividade de um programa de atenção em saúde bucal com mães e bebês no serviço público

INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

A pesquisadora, Maria Elisa M. F. Marcelo, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, está realizando uma pesquisa para avaliar se um programa de atenção em saúde bucal para mães e bebês está trazendo melhores condições de saúde bucal para mães e crianças da comunidade em que é realizado, comparando com outro grupo de mães e crianças de uma comunidade que não participa desse programa.

Convidamos você e seu filho para participar deste estudo. Optando por participar da pesquisa você irá colaborar da seguinte forma:

1. Assinará o termo de consentimento livre e esclarecido
2. Responderá a uma entrevista com a pesquisadora
3. Realizará exame odontológico
4. Permitirá a realização de exame odontológico em seu filho

O exame odontológico é uma observação da boca, feita na creche, na residência ou no centro de saúde, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Suas respostas e os dados individuais obtidos pelos exames serão mantidos em sigilo, utilizados apenas para o desenvolvimento do estudo, bem como não será publicado o nome ou qualquer dado que identifique o participante.

Esclarecemos que você tem completa liberdade para decidir participar deste estudo, podendo retirar-se da pesquisa em qualquer fase sem nenhum prejuízo. Assim como não haverá nenhuma despesa para os participantes da pesquisa.

As comunidades participantes serão beneficiadas com atividades educativas e com a proposta de incorporação de atividades preventivas nas creches relacionadas.

A pesquisadora coloca-se disponível para qualquer esclarecimento ou dúvida sobre o estudo durante os encontros ou no seguinte telefone: 0xx85-99825434.

Se houver dúvida quanto à ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR (Av. Washington Soares, 1321, Fortaleza-CE ou coetica@unifor.br)

----- [cortar aqui] -----

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa *Programa preventivo-educativo com mães e bebês no serviço público: impacto sobre a prevalência de cárie na primeira infância*, autorizo a minha participação e a de meu filho neste estudo, através da assinatura deste termo, dando pleno consentimento à pesquisadora para que o realize.

Nome da criança: _____

Nome do responsável: _____

RG do responsável: _____

Assinatura: _____

Sobral, ____ de _____ de 2008.

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: modelo para mãe

MODELO PARA MÃE	Número de Controle:
-----------------	---------------------

QUESTIONÁRIO - Hábitos de Higiene Bucal e Dieta**Identificação**

Nome da Criança: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: _____ Naturalidade: _____

Nome da Mãe: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Características da Família:

1. Onde moram desde a gestação do bebê:

 Comunidade Dom Expedito Comunidade Bonfim outra: _____2. Número de filhos: 1 2 3 4 mais de 43. Seu filho está na creche? Sim Não

4. Há quanto tempo? _____

5. Entrou na creche com quantos meses? _____

6. Tipo de casa: alvenaria madeira taipa outra _____

7. Tipo de abastecimento de água:

 SAAE Poço Outras: _____

8. Água usada pela família para beber:

 filtrada fervida filtrada e fervida coada nenhuma9. Grau de instrução da mãe: analfabeto

- ensino fundamental incompleto ensino fundamental completo
 ensino médio incompleto ensino médio completo
 ensino superior incompleto ensino superior completo

10. Renda mensal da família:

- menos de um salário mínimo entre 1 e 2 salários mínimos
 mais de 2 salários mínimos

11. A mãe trabalha? Se sim, com quem deixa o filho? Sim Não

- Creche Familiares Amigos ou vizinhos Outro: _____

Conhecimentos em saúde bucal / Hábitos de higiene bucal / Dieta do bebê

12. Você acha que pode ser feito tratamento odontológico durante a gestação?

- Sim Não

13. Você acha que gravidez estraga os dentes? Sim Não

14. Você fez tratamento odontológico durante a gestação ou puerpério? Sim Não

15. Participou de grupo de gestante com a presença de dentista? Sim Não

16. Recebeu visita domiciliar do dentista, quando o bebê nasceu? Sim Não

17. Se sim 15 e/ou 16, foi orientada desde a 1ª gestação? Sim Não

18. Você acha que cárie passa da mãe para o filho? Sim Não

19. Você costuma soprar ou provar os alimentos do seu filho com o mesmo utensílio que ele está usando (colher, copo, mamadeira)? Sim Não

20. Você acha que chupeta traz algum problema pra “dentição” da criança?

- Sim Não QUAL(is)? _____

21. Seu filho usou chupeta? Sim Não Por que? _____

22. Você acha que tem que higienizar a boca do bebê a partir de que idade? **NÃO LER OPÇÕES**

- () Desde o nascimento () Depois que nasce os dentes
 () Quando vai à escola () Outras _____

23. Quando foi iniciada a higiene bucal do seu filho? **NÃO LER OPÇÕES**

- () Desde o nascimento () Depois que nasceu os dentes () Quando foi pra escola
 () Quando nasce os dentes de trás () Outra: _____

24. Você acha que limpar a boca do bebê desde o nascimento tem alguma importância?

- () Sim () Não

25. Se sim, qual? _____

26. A partir de quando ele começou a escovar os dentes com escova? **NÃO LER OPÇÕES**

- () Desde o nascimento () Depois que nasceu os dentes () Quando foi pra escola
 () Quando nasce os dentes de trás () Outra: _____

27. Quantas vezes por dia você acha que é importante escovar os dentes (tanto os seus quanto os da criança)? **NÃO LER OPÇÕES**

- () 1 ou menos () 2 ou 3 vezes () Quantas se alimentar

28. Em quais momentos do dia? **NÃO LER OPÇÕES**

- () Após as refeições () Outras _____

29. Quantas vezes você escova os dentes? **NÃO LER OPÇÕES**

- () 1 vez () 2 vezes () 3 ou mais vezes

30. Em quais momentos do dia? **NÃO LER OPÇÕES**

- () Após as refeições () Outras _____

31. Quantas vezes seu filho escova os dentes? **NÃO LER OPÇÕES**

- () 1 vez () 2 vezes () 3 ou mais vezes

32. Costuma higienizar os dentes do seu filho após as refeições? () Sim () Não

33. Seu filho escova os dentes na creche? () Sim () Não () Não sei

34. Se sim, é todo dia? () Sim () Não () Não sei

35. A partir de quando já pode escovar os dentes da criança com creme dental? **NÃO LER OPÇÕES**

() Desde o nascimento () Depois que nasceu os dentes () Quando foi pra escola

() Quando nasce os dentes de trás () Quando aprende a cuspir

() Outra: _____

36. Qual a quantidade de creme dental que se deve usar em criança?

37. Você acha que a amamentação é importante para o desenvolvimento bucal/facial da criança? () Sim () Não

38. Amamentou seu filho até que idade? _____

39. Qual o tipo de alimentação do seu filho até os 6 meses?

() aleitamento materno exclusivo () aleitamento materno + artificial

() aleitamento artificial () aleitamento + outras alimentações

() outra: _____

40. Se não fez aleitamento materno exclusivo, como fazia? **NÃO LER OPÇÕES**

() adoçado com açúcar ou engrossada com produtos que contêm sacarose

Especifique: _____

() sem açúcar ou produtos que contêm sacarose

() outra: _____

41. Qual o motivo do desmame no peito?

42. Você acha que tem problema alimentar o filho dormindo? () Sim () Não

43. Costuma alimentar seu filho dormindo? () Sim () Não

44. Se sim 43, com o que? _____

45. Se sim 43, de que forma?

() mamadeira () copo com bico () outra: _____

46. Se sim 43, higieniza a boca logo em seguida? () Sim () Não

47. A partir de que idade seu filho começou a consumir refrigerantes ou guloseimas?

48. Você acha importante usar fio dental? () Sim () Não

49. Você usa? () Sim () Não

Por que? _____

Que nota você dá (de zero a dez):

50. para a sua saúde bucal? _____

51. para a saúde bucal do seu filho? _____

52. para os cuidados que você tem com a sua saúde bucal? _____

53. para os cuidados que você tem com a saúde bucal do seu filho? _____

54. para os cuidados em saúde bucal oferecidos a você durante a gestação e puerpério (tanto tratamento curativo, como atividades educativas e preventivas)? _____

55. para os cuidados em saúde bucal oferecidos para o seu filho na creche ou no centro de saúde? _____

ANEXOS

ANEXO I – FICHA DE EXAME DO PROJETO SBBrasil – campos que serão utilizados



Condições da Saúde Bucal da
População Brasileira no Ano 2.000

Ficha de Exame

ORIG./DUP.

**CAMPOS NÃO
UTILIZADOS**

EDENTULISMO

15-19, 35-44 e 65-74 anos

USO DE PRÓTESE

Sup Inf

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

NECESSIDADE DE
PRÓTESE

Sup Inf

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

**CAMPOS NÃO
UTILIZADOS**

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28	
Coroa	<input type="checkbox"/>																					
Raiz	<input type="checkbox"/>																					
Trat.	<input type="checkbox"/>																					
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38	
Coroa	<input type="checkbox"/>																					
Raiz	<input type="checkbox"/>																					
Trat.	<input type="checkbox"/>																					

DOENÇA PERIODONTAL

AG
(5 anos)

**CAMPOS NÃO
UTILIZADOS**

ANEXO II – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N.º. 380/08

Projeto de Pesquisa: Avaliação de programa de atenção em saúde bucal com mães e bebês no serviço público.

Pesquisador Responsável: Maria Elisa Machado Ferreira Marcelo

Data de apresentação ao COÉTICA: 09/10/08

Registro no COÉTICA: 08-351

CAAE: 3605.0.000.037-08

Parecer: APROVADO na data de 04/12/08

Marilice Joffily Pereira da Costa Parahyba
Prof. Marilice Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

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](#)