



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E
ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



ANA CECÍLIA ESMERALDO BARREIRA DE ALMEIDA

SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS COM IDADE ÍNDICE DE CINCO
ANOS PERTENCENTES A FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE POBREZA
BENEFICIADAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

FORTALEZA

2014

ANA CECÍLIA ESMERALDO BARREIRA DE ALMEIDA

**SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS COM IDADE ÍNDICE DE CINCO ANOS
PERTENCENTES A FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE POBREZA BENEFICIADAS
PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família-RENASF, Nucleadora Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre - modalidade Profissional. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a dr.^a Maria Fátima Maciel Araújo.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- A444s Almeida, Ana Cecília Esmeraldo Barreira de.
Saúde bucal em crianças com idade índice de cinco anos pertencentes a famílias em situação de pobreza beneficiadas pelo Programa Bolsa Família/ Ana Cecília Esmeraldo Barreira de Almeida. – 2014.
83 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
Área de concentração: Saúde Coletiva.
Orientação: Prof.^a dr.^a Maria Fátima Maciel Araújo.
1. Cárie Dentária. 2. Odontologia Preventiva. 3. Estudos de Intervenção. 4. Educação em Saúde Bucal. 5. Pobreza. I. Título.

CDD 617.67

ANA CECÍLIA ESMERALDO BARREIRA DE ALMEIDA

**SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS COM IDADE ÍNDICE DE CINCO
ANOS PERTENCENTES A FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE POBREZA
BENEFICIADAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada À Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família-RENASF, Nucleadora Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre - modalidade Profissional.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a dr.^a Maria Fátima Maciel Araújo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a dr.^a Maria Eneide Leitão de Almeida
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a dr.^a Dulce Maria de Lucena Aguiar
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

À minha família, no seio da qual encontro amor,
carinho e apoio necessário para seguir adiante.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar do meu lado e me permitir conquistar mais esta vitória.

Ao meu marido, Adriano, com quem divido as minhas angústias, pelo amor, carinho, companheirismo, apoio e palavras de sabedoria.

Às minhas filhas Mariana e Juliana, por sempre me acolherem com o sorriso e o abraço caloroso, com as quais aprendo a cada dia.

À minha mãe, Maria do Socorro, pelo amor, carinho e atenção que dedica a mim desde que nasci e à minha família, principalmente nestes dois anos em que estive um pouco ausente de casa.

Ao meu pai, Edísio, por ter sido um exemplo de caridade e atenção aos mais necessitados.

À dona Francina, por cuidar das minhas filhas e da minha casa, para que eu pudesse me dedicar.

Ao Curso de Odontologia da FFOE/ UFC, local onde me formei e ao qual retorno para aprimorar meus conhecimentos.

Aos colegas de turma, pelas alegrias e tristezas compartilhadas, pelo companheirismo, amizade e apoio ao longo destes dois anos.

À Professora Doutora Maria Fátima Maciel Araújo, por sua orientação, dedicação, carinho, por compreender minhas limitações e me fazer acreditar na minha capacidade, pelo apoio fundamental nos momentos mais difíceis.

À Rosane Costa, bibliotecária da UFC, pela ajuda na normalização e formatação deste estudo.

Ao professor Mestre Paulo Silva, pela colaboração na análise estatística.

À Juliana, coordenadora da Unidade de Saúde Pedro Sampaio, por confiar no meu trabalho e não medir esforços em colaborar para a realização deste estudo.

A todas as famílias que aceitaram participar deste estudo, por confiarem na minha conduta profissional.

As auxiliares de Saúde Bucal, Luzia e Adaíza, por me apoiarem nos momentos mais importantes deste estudo.

Às Agentes Comunitárias de Saúde Aldenora, Elaine, Graça, Iris, Rosângela e Rousy por terem sido o elo entre a equipe e as famílias.

À colega Flávia, pelo apoio nos momentos em que precisei estar fora da unidade de saúde.

Às amigas Regina, Dulce, Fátima Antero e Isaura, que me apoiaram e ajudaram desde o momento em que decidi iniciar este curso.

À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por incentivar meu crescimento profissional.

Ao corpo docente do curso, por tudo o que me ensinaram, pelo apoio e colaboração durante todo o curso.

À Professora Doutora Maria Dalva dos Santos Alves, membro da banca de qualificação do projeto de pesquisa, pelo empenho em colaborar no aperfeiçoamento deste estudo.

À Professora Doutora Maria Eneide Leitão de Almeida, por participar da banca de qualificação do projeto e da banca de defesa da dissertação, pela sua disponibilidade e pelas valiosas sugestões para o aperfeiçoamento deste estudo.

À Professora Doutora Dulce Maria de Lucena Aguiar, membro da banca de defesa da dissertação, pelo empenho em colaborar para o refinamento deste estudo.

À minha sobrinha Giovana Barreira, pela colaboração na redação do abstract.

A todas as pessoas que colaboraram, direta ou indiretamente, para que esta obra fosse concluída.

Educação pode ser definida como o itinerário que o educando (indivíduo ou comunidade) percorre com a ajuda do educador (dos educadores) em direção a um dever ser, uma finalidade considerada válida para o homem e para a humanidade.

Chiara Lubich

RESUMO

A cárie dentária é associada às marcantes desigualdades, desde as sociodemográficas e geográficas até aquelas de acesso aos bens e serviços relacionados à saúde. O objetivo deste estudo foi identificar o perfil epidemiológico da cárie em crianças de cinco anos que vivem em famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e intervir por meio da educação em saúde para o autocuidado, com vistas a prevenir a cárie e tratá-la, se necessário. A pesquisa, nesse contexto de estudo, se constituiu no método que orientou a elaboração dos diagnósticos, identificação de problemas e busca de solução. Participaram do estudo 29 famílias com 32 crianças. Foram realizados a coleta de dados, mediante entrevistas; o exame clínico das crianças para a verificação do perfil epidemiológico da cárie dentária e as necessidades de tratamento; a evidência da placa bacteriana para verificação do IHO; escovação dental supervisionada e tratamento clínico. Essas atividades foram permeadas por processos de Educação em Saúde. Os resultados apontam que a renda mensal das famílias é de até um salário-mínimo em 28 (97%) famílias estudadas. A escolaridade prevalente é o ensino fundamental incompleto para (15) 52% das mães e (13) 45% dos pais. A mãe é a pessoa responsável por levar a criança à unidade de saúde em 26 (90%) famílias, bem como por orientar as 28 (88%) crianças em relação aos hábitos de higiene oral. Percebe-se, assim, a importância de a equipe de saúde bucal dedicar um tempo a orientação e motivação das mães e das crianças para o autocuidado e das mães para o cuidado com os filhos, podendo refletir na melhora na qualidade da saúde da família. Quanto à presença de cárie, 12 crianças não apresentaram cárie, três exibiram mancha branca de cárie e 17 registraram cavidade de cárie. Destas, 11 (64.7%) tinham mãe que não estudou e/ou estudou menos do que o ensino fundamental completo. Quanto a qualidade da higiene oral, das 32 (100%) crianças estudadas, sete (21.9%) expressaram higiene oral satisfatória, 15 (46.9%) apresentaram higiene oral regular e de 10 (31.2%) crianças indicaram higiene oral deficiente ou ruim. Este estudo foi interessante pelo reforço do acesso das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família aos serviços de saúde bucal e Educação em Saúde.

Palavras-chave: Cárie Dentária. Odontologia Preventiva. Estudos de Intervenção. Educação em Saúde Bucal. Pobreza.

ABSTRACT

Dental caries is associated with many inequalities, which are social, geographic and the ones related to the access to health services. The aim of this study was to identify the epidemiology of caries in children of five years old of families who are benefited with the Bolsa Família Program and intervene through teaching self-care, aiming to prevent decay and treat it if necessary. This research has become the method that guided the development of diagnostics, identifying problems and seeking solutions. The study included 29 families with 32 children. Data collection was conducted through interviews; clinical examination of the children to observe the epidemiological profile of dental caries and treatment needs; demonstration of plaque to check IHOS; supervised tooth brushing and clinical treatment. These activities were accompanied by tactics of Health Education. Results show that the monthly household income is up to one minimum wage in 28 (97%) of the families studied. The education that prevails is incomplete elementary school to (15) of the mothers and 52% (13) 45% of the fathers. The mother is the person responsible for bringing the child to the health facility in 26 (90%) of the families and for teaching the 28 (88%) children about oral hygiene habits. Thus, one realizes the importance of the oral health team to devote time to the guidance and motivation of mothers and children in self-care. About the presence of dental caries, 12 children had decay, three had white spot caries and 17 had cavity decay. About those children, 11 (64.7%) had a mother who did not study or did not complete primary education. Related to the quality of oral hygiene of the 32 (100%) children studied, seven (21.9%) had satisfactory oral hygiene, 15 (46.9%) had regular oral hygiene and 10 (31.2%) children had poor or unsatisfactory oral hygiene. This interesting study was to increase access to oral health care and health education of the families who receive the Bolsa Família Program services.

Keywords: Dental Caries. Preventive Dentistry. Intervention Studies. Health Education
Dental. Poverty.

LISTA DE FIGURAS

1 Etapas representativas do percurso metodológico de desenvolvimento da pesquisa.....	29
2 Mapa das regiões administrativas e bairros de Fortaleza, ano 2012.....	31
3 Mapa das atividades desenvolvidas por parte de cada grupo de crianças.....	55
no estudo, Fortaleza, 2014.	

LISTA DE TABELAS

- 1 Distribuição das crianças de cinco anos da área adstrita49
da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, com relação à habilidade em realizar a escovação
dental, Fortaleza, 2014.
- 2 Distribuição das crianças de cinco anos da área adstrita54
da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, com relação à realização da higiene do espaço
interproximal, Fortaleza, 2014.
- 3 Distribuição das crianças de cinco anos da área adstrita60
da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF mediante escolaridade da mãe e índices ceo-d e
IHOS das crianças estudadas, Fortaleza, 2014.

LISTA DE GRÁFICOS

1 Grau de parentesco dos responsáveis pelas crianças de cinco anos	44
da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.	
2 Vínculo habitacional das crianças de cinco anos da área adstrita	45
da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014	
3 Situação conjugal das mães das crianças entrevistadas de cinco anos	46
da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014	
4 Escolaridade das mães das crianças de cinco anos analisadas.....	47
na área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.	
5 Escolaridade dos pais das crianças das crianças analisadas.....	48
na área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014	
6 Frequência de escovação dental diária das crianças de cinco anos.....	50
da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.	
7 Momentos de escovação dentária das crianças de cinco anos.....	51
da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.	
8 Perfil de creme dental utilizado pelas crianças de cinco anos.....	52
da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.	
9 Quantidade de creme dental utilizada pelas crianças de cinco anos.....	52
da área adstrita da equipe de no 640, beneficiárias do PBF, quando da escovação dental, Fortaleza, 2014.	

LISTA DE QUADROS

1 Representação da epidemiologia da cárie dentária em crianças em.....	21
idade índice de cinco anos no Nordeste e no Brasil em 2003 e 2010 (Brasil, 2004c e 2011).	
2 Representação da epidemiologia da cárie dentária em crianças em.....	22
idades índice de cinco anos e 12 anos no Ceará (Ceará, 2004).	
3 Representação da epidemiologia da cárie dentária em crianças em.....	22
idade índice de cinco anos em Fortaleza e na SER VI, nos anos de 2006 e 2007 (Fortaleza, 2010).	
4 Comparação entre a epidemiologia da cárie dentária em crianças de.....	56
cinco anos nos levantamentos epidemiológicos SB Brasil (2003 e 2010), do Ceará (2004) e de Fortaleza (2006/2007) com os resultados deste estudo (Fortaleza, 2014).	
5 Média das necessidades de tratamento para cárie dentária nas crianças.....	57
estudadas e respectivos percentuais em relação ao total, Fortaleza, 2014.	
6 Distribuição das crianças de cinco anos da área adstrita da equipe.....	58
de no 640, beneficiárias do PBF mediante IHOS, Fortaleza, 2014.	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar em saúde bucal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d	Dentes decíduos cariados, extraídos e obturados
CPO-D	Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
Face L e face V	Face lingual do dente e face vestibular do dente
IHOS	Índice de Higiene Oral Simplificado
OHB	Oficina de Higiene Bucal
PBF	Programa Bolsa Família
SB Brasil	Condições de saúde bucal na população brasileira
SER	Secretarias executivas regionais
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária em Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Geral.....	19
2.2	Específicos.....	19
3	ESTADO DA ARTE.....	20
4	METODOLOGIA.....	27
4.1	Reflexão da realidade e planejamento sistemático da pesquisa.....	29
4.1.1	Reflexão da realidade: promoção da saúde e autocuidado.....	29
4.1.2	Planejamento sistemático da pesquisa - o local.....	30
4.1.3	Elaboração do instrumento e técnica de coleta de dados.....	33
4.2	Considerações éticas.....	35
5	INTERVENÇÃO.....	36
5.1	Contatos presenciais com as famílias.....	36
5.2	Contatos presenciais com as famílias.....	39
5.3	As oficinas de higiene bucal.....	39
5.4	Exame clínico.....	41
5.5	Análise estatística.....	42
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
6.1	Grau de Parentesco.....	43
6.2	Situação conjugal.....	45
6.3	Escolaridade.....	46
6.4	Práticas de higiene bucal.....	49
6.5	Exame clínico.....	54
6.6	Índice de Higiene Oral Simplificado.....	57
6.7	Associação entre as variáveis e os índices ceo-d e IHOS	59
7	CONCLUSÕES.....	61

REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
APÊNDICE B – Termo de Assentimento.....	71
APÊNDICE C – Questionário para verificação de hábitos.....	72
APÊNDICE D – Ficha de exame - cárie dentária e necessidade de tratamento...	75
APÊNDICE E – Orientação-exame clínico de cárie dentária em criança.....	76
APÊNDICE F – Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).....	77
APÊNDICE G – Orientação-índice de higiene oral simplificado.....	78
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	80
ANEXO B– Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.....	83

1 INTRODUÇÃO

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) declarou que as iniquidades em saúde são a doença mais grave no Brasil. Vivemos em um país com grandes desigualdades, seja de renda, educação, acesso aos bens e serviços, e oportunidades, o que interfere na promoção e proteção da saúde (BUSS; PELEGRINI, 2006). Nesse aspecto, explorado indiretamente como ligados à economia, à cultura e à história, se moldam os modelos de famílias em situação de pobreza e as representações sobre os cuidados com a saúde bucal.

Para enfrentar essas iniquidades, o Programa Bolsa Família (PBF), foi criado pelo Governo Federal, voltado à redução da pobreza, miséria, fome e desigualdades sociais. Este é o mais amplo programa de combate à pobreza no nosso País. Destinado a famílias em que a renda por pessoa é de até R\$ 70,00 mensais (extrema pobreza) ou de até R\$ 140,00 (pobreza), tem destaque entre seus principais eixos de atuação, o reforço do direito de acesso das famílias aos serviços básicos de saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2013).

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde, variando entre autores e que muda ao longo do tempo e contexto. Neste estudo, pode ser entendido como o ingresso, a entrada, aproximação, possibilidade de chegar e alcançar algo (HOUAISS, 2001) como “porta de entrada”, local de acolhida do usuário quando da sua necessidade, os caminhos percorridos por ele no sistema, na busca de resolução para seu agravo (ABREU; JESUS, 2006).

A cárie dentária é um problema de saúde pública que atinge ainda grande parte da população brasileira, apesar do declínio na sua prevalência, observado nos últimos anos. É definida como doença, cujo desenvolvimento e progressão resultam da interação complexa de múltiplos fatores. Inicialmente, é estudada como uma doença bacteriana causada pela interação de três fatores essenciais: o hospedeiro (dente e saliva), a microbiota cariogênica (microrganismos) e o substrato (dieta) agindo por um determinado tempo (KEYES, 1962; NEWBRUN, 1988; THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

Atualmente sua análise exige considerar estes determinantes biológicos associados às condições socioeconômicas, culturais, étnico/raciais, psicológicas, comportamentais e o acesso aos serviços odontológicos (SELWITZ; ISMAIL; PITTS, 2007; THOMAS, 2010; CANALLI, 2010; DOMINGOS *et al.*, 2010; FONTANA *et al.*, 2010; COSTA, 2012).

Costa (2012) estuda os modelos teóricos explicativos da cárie ao longo do tempo, correlacionando os modelos organicista, social e ecossistêmico. O modelo organicista enfoca o microrganismo (fator biológico) como o principal agente causal da doença. O de feição social relaciona os fatores biológicos individuais às condições sociais em que vivem as populações. O de perfil ecossistêmico adiciona a sustentabilidade ecológica, democracia, direitos humanos, justiça social e qualidade de vida.

Estudo realizado por Canalli (2010) relaciona a cárie a uma série de fatores, como a higiene oral deficiente, o estresse dos cuidadores, a desestruturação familiar, o baixo nível de conhecimento sobre saúde bucal, hábitos alimentares inadequados e a inexistência de colaboração entre os membros da família e o principal cuidador da criança.

A busca da compreensão do fenômeno da cárie e da qualidade da higiene bucal em crianças em idade índice de cinco anos e sua relação com a situação de pobreza das famílias beneficiadas pelo “Programa Bolsa Família” mobilizaram ideias de que alguma coisa poderia ser feita pela equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF), no sentido de viabilizar métodos adequados para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da cárie, de acordo com a necessidade de cada um. Alves (2013) constata que a ESF tem potencial para o enfrentamento de iniquidades em saúde resultantes da condição de pobreza e desigualdade vivida por grupos mais vulneráveis.

Essa compreensão sugere ultrapassar os limites do campo biológico para aspectos mais amplos do cuidado à saúde, o que constituído o desafio de vencer os questionamentos da nossa própria prática profissional em realidades em que é possível desenvolver sensibilidades para perceber o contexto de vida das famílias e suas necessidades de cuidados à saúde, em um bairro com altos índices de pessoas na extrema pobreza, e elevados índices de cárie e perda dentária de primeiros molares permanentes em idade ainda precoce.

O estímulo para o autocuidado em saúde bucal, dirigido às crianças e aos seus responsáveis, para a realização de práticas preventivas para o controle da cárie dentária, é fundamental neste momento. Crianças nesta idade, mais independentes dos pais e que já se sentem aptas a realizar procedimentos de higiene sozinhas, são as que mais precisam de orientação para desenvolver essa habilidade e realizá-la com ou sem a supervisão dos responsáveis. Este é o momento em que a criança porta todos os dentes decíduos já erupcionados e se inicia a erupção dos dentes permanentes (DOMINGOS *et al.*, 2010). Vale

ressaltar que essa idade é usada internacionalmente para verificar o índice de cárie em dentes decíduos (OMS, 1997).

O enfrentamento da situação de saúde bucal em crianças em idade índice de cinco anos, membros de famílias que vivem em situação de pobreza, é uma estratégia que visa a conceder apoio a essas famílias na superação do estado de vulnerabilidade aos agravos em saúde bucal, deflagrando a intervenção precoce no processo carioso, por meio do reforço do direito de acesso destas famílias aos serviços básicos de saúde bucal. Com base na avaliação, seguem-se o controle e o monitoramento dos riscos, por meio de medidas simples, como a Educação em Saúde para o autocuidado, evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e no tratamento dos danos causados pelas afecções bucais. Esse parece ser um caminho promissor para a diminuição da incidência e gravidade das doenças bucais, auxiliando na conquista da melhoria da qualidade da saúde bucal das famílias em situação de pobreza.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Desenvolver estratégias de enfrentamento da situação de saúde bucal de crianças de cinco anos, pertencentes a famílias em situação de pobreza, inseridas no Programa Bolsa Família, com suporte no levantamento de necessidades em saúde bucal.

2.2 Específicos

- Identificar o perfil epidemiológico da cárie dentária e a necessidade de tratamento odontológico de crianças de cinco anos do PBF na área de abrangência da equipe.
- Verificar a existência de associação entre cárie dentária e as variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico das crianças/famílias e hábitos de higiene.
- Avaliar a higiene oral em crianças de cinco anos.
- Executar intervenções clínicas e ações de prevenção da cárie dentária na população-alvo, incluindo o estímulo para o autocuidado com relação à saúde bucal.

3 ESTADO DA ARTE

A Atenção Básica (AB), segundo o Ministério da Saúde (MS), se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Saúde da Família é a estratégia prioritária para a organização da AB, segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994 como um Programa de Saúde da Família, um importante instrumento de reorganização do modelo assistencial do SUS com origem na atenção básica em saúde, bem como de ampliação da cobertura da assistência. É formado por uma equipe multiprofissional composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A atenção à saúde passa então a ser centrada na pessoa, na família e na comunidade, por meio do trabalho multidisciplinar (BRASIL, 1997). Após este período, houve a incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF, sendo composta por um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal e/ou um técnico em saúde bucal (BRASIL, 2000).

Com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, e a criação de suas diretrizes, o Ministério da Saúde orienta a organização das ações de saúde bucal em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Verifica-se importante avanço em relação ao acesso dos usuários aos serviços de Odontologia, bem como na Promoção da Saúde por meio do cuidado integral. Essa integralidade do cuidado em saúde bucal se dá por meio da vigilância em saúde, na articulação entre o individual e o coletivo, entre a promoção e a prevenção, aliadas ao tratamento e à recuperação da saúde da população adstrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência (BRASIL, 2004b). Institui-se, pois, uma visão que não é apenas curativa, como anteriormente, mas de promoção da saúde bucal.

Dentre os pressupostos desta Política, destaca-se a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal com base na epidemiologia e nas informações sobre o território para subsidiar o planejamento, bem como a importância de centrar a atuação na Vigilância à Saúde, mediante a incorporação de práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença.

Os diagnósticos realizados durante a execução dos Projetos SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira 2003 e 2010 evidenciam a melhora da situação de saúde

bucal da população brasileira, porém ainda é necessário avançar, principalmente no Nordeste, como mostra o quadro 1.

Quadro 1- Representação da epidemiologia da cárie dentária em crianças em idade índice de cinco anos no Nordeste e no Brasil em 2003 e 2010 (BRASIL, 2004c; 2011).

SB Brasil	2003		2010	
Local	Nordeste	Brasil	Nordeste	Brasil
Idade (anos)	5	5	5	5
Percentual (%) Ceod = 0	34.92	40.62	41.6	46.6
Índice Ceod	3,21	2,80	2,89	2,43

Fonte: SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010.

Segundo o SB Brasil 2003, o índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados (ceo-d) em crianças de cinco anos, portadores apenas de dentes decíduos, no Brasil, foi 2,80, enquanto no Nordeste este índice foi 3,21 (BRASIL, 2004c). O SB Brasil 2010 traz o índice ceod de 2,43 no Brasil e de 2,89 no Nordeste (BRASIL, 2011).

Os mesmos estudos demonstram que crianças de cinco anos expressam percentual de dentes livres de cárie de 40.62% no Brasil e de 34.92% no Nordeste. Aos 12 anos, estes percentuais caem para 31.08% e 27.52%, respectivamente (BRASIL, 2004c). No ano de 2010, crianças de cinco anos registram percentual de dentes livres de cárie de 46.6% no Brasil e de 41.6% no Nordeste e, aos 12 anos, estes percentuais são, respectivamente, 43.5% e de 37.7%.

No Estado do Ceará, em levantamento epidemiológico publicado no ano de 2004, o percentual de crianças de cinco anos com dentes livres de cárie foi de 34.24%, enquanto aos 12 anos apenas 24.84% tinham seus dentes livres de cárie. O índice ceod foi de 3,17 e o de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) foi de 3,07, como mostra o quadro 2. Percebemos com isso ser necessário intervir o mais precocemente possível, para que o percentual de dentes livres de cárie não passe reduções (CEARÁ, 2004).

Quadro 2- Representação da epidemiologia da cárie dentária em crianças em idades índice de cinco anos e 12 anos no Ceará (CEARÁ, 2004).

SB Ceará	2004	
Idade (anos)	5	12
Percentual (%) Ceod/CPOD = 0	34.24	24.84
Índice Ceod/CPOD	3,17	3,07

Fonte: SB Ceará 2004.

Um indicador considerado preocupante foi a média de mais de três dentes afetados, em que o componente cariado foi responsável por 91.17% do índice ceo-d para a idade de cinco anos. Este dado indica a necessidade de mais ações de caráter preventivo e restaurador, principalmente para este grupo de pessoas (CEARÁ, 2004).

Em levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal, realizado na cidade de Fortaleza, nos anos de 2006 e 2007 e publicado em 2010, foram colhidas informações, tanto para a cidade como um todo, como para cada uma das secretarias executivas regionais (SER). O percentual de crianças com dentes livres de cárie na cidade de Fortaleza como um todo foi de 54.66% para crianças de cinco anos, sendo que, na SER VI, este percentual foi de 46,04. O índice ceo-d foi de 1,62 para a cidade de Fortaleza e 1,91 para a SER VI, como mostra o quadro 3 (FORTALEZA, 2010).

Quadro 3- Representação da epidemiologia da cárie dentária em crianças em idade índice de cinco anos em Fortaleza e na SER VI, nos anos de 2006 e 2007 (FORTALEZA, 2010).

2006-2007	Fortaleza	SER VI
Idade (anos)	5	5
Percentual (%) Ceod = 0	54.66	46.04
Índice Ceod	1,62	1,91

Fonte: Boletim Epidemiológico, Fortaleza, 2010.

As evidências sobre a incidência da cárie nesta idade reforçam a ideia de que estudo de base intervencionista, no espaço do cuidado domiciliar à saúde da família, expressa a

relevância que se fundamenta nos escritos de Kramer, Feldens e Romano (1997, p. 15), quando dizem que “Dentes fracos” não são herança de família. O que é transmitido de uma geração para outra são costumes, estilo de vida e atitudes em relação à saúde ou doença.

O tratamento preventivo da cárie deve ser priorizado nesta faixa etária, podendo ser subdividido em três categorias: primária, secundária e terciária (FONTANA, 2010).

A prevenção primária ocorre por via de medidas que impedem o desenvolvimento dos sinais clínicos de cárie como ações de Educação em Saúde Bucal, incluindo orientações para um adequado controle de placa bacteriana e o aconselhamento dietético. Com efeito, se insere o reforço do autocuidado (OREM, 1995) que, segundo esta teórica, é o cuidado pessoal de que os indivíduos necessitam, a cada dia, para regularem o próprio funcionamento e desenvolvimento.

Com a evidenciação da placa bacteriana, com pastilhas à base de fucsina básica, que deixa a placa bacteriana com coloração rosa, a criança e os responsáveis conseguem perceber sua presença, o que facilita sua remoção por completo. Esta remoção se dá pela escovação supervisionada e utilização adequada do fio dental.

A prevenção secundária considera todos os aspectos da prevenção primária, adicionando-se a terapia com flúor, para reverter o processo cariioso em seu estágio inicial. Caso a criança apresente mancha branca de cárie, a aplicação tópica de flúor, após a escovação supervisionada periódica, pode reverter a atuação da cárie. Desta forma, tem-se uma ação de elevado valor que reúne um cuidado ampliado à saúde bucal, em uma categoria de prevenção secundária e interrompe a evolução da doença cárie. A esse respeito, Thylstrup e Fejerskov (1995), evidenciam que a remineralização dos dentes pode-se dar por meio de cálcio, fósforo e flúor no trato bucal, além do controle da placa bacteriana e da redução da frequência do consumo de açúcar.

A fluoroterapia intensiva é preconizada para pessoas que exibem médio e alto risco de cárie e pode ser realizada utilizando-se o flúor em forma de gel. Calvo (2011) observou que o efeito anticárie da aplicação tópica de flúor fosfato acidulado a 1.23% em forma de gel, por um período de um minuto, foi o mesmo que a aplicação tópica por quatro minutos. Cury *et al.* (2000) sugerem a aplicação do mesmo gel por um período de dois minutos.

A prevenção terciária se remete à remoção do tecido dental cariado em estágio mais avançado e colocação de material restaurador, evitando o progresso da cárie, não se descuidando do controle periódico. Ao tecermos essas considerações, torna-se válido pensar

em como se relacionam os níveis de prevenção, sob a perspectiva de organização do pensamento sistêmico, ou seja, olhar a doença cárie, procurando entendê-la nas formas/etapas de intervenção em cada situação segundo as categorias pensadas e como estas se fundem na sua complexidade de cuidado.

Lima (2007) entende que não existe apenas um fator determinante para a instalação de uma lesão de cárie, o que vai depender da intensidade do desafio cariogênico, que é a relação entre a frequência de dieta cariogênica e o controle periódico de placa bacteriana. Para preveni-la, deve-se buscar o equilíbrio biológico com suporte na instituição do controle periódico da placa, da redução da frequência da ingestão de dieta cariogênica por meio da orientação alimentar em horários regulares, não desconsiderando fatores salivares, imunológicos, socioeconômicos, culturais, comportamentais, contagem de microrganismos e fluoroterapia, que interferem no reequilíbrio do fenômeno da desmineralização-rem mineralização do dente. Na perspectiva desse autor, para que uma desmineralização seja considerada lesão de cárie, é necessário que se torne irreversível e com presença de sinais clínicos.

Narvai *et al.* (2006), ao analisarem a evolução da experiência de cárie em escolares brasileiros, observaram um declínio de 61,7% nos índices de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), de 1980 a 2003. Neste mesmo período, a porcentagem de escolares com CPO-D igual a zero, ou seja, crianças livres de cárie, aumentou de 3,7% para 31,1%. Os autores, estudando as características da polarização da cárie no Brasil, a definem como “[...] quando num polo há ausência de doença e, no outro, um grande número de casos concentrados num pequeno grupo de indivíduos” (2006, p. 390), e verificaram que 20% da população de escolares passou a concentrar cerca de 60% da carga de doença.

Vários trabalhos associam a experiência de cárie dentária às marcantes desigualdades, desde as sociodemográficas e geográficas até às desigualdades de acesso aos bens e serviços relacionados à saúde. Países mais desenvolvidos tendem a ter pessoas com índice de cárie menor se comparados aos menos desenvolvidos. Pessoas com menor poder aquisitivo têm maiores índices de cárie e menos acesso ao tratamento odontológico (ANTUNES *et al.*, 2006; CIMÕES *et al.*, 2007; LIMA, 2007; MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007; FONTANA *et al.*, 2010; COSTA, 2012).

A esse respeito Moreira, Nations e Alves (2007), em trabalho intitulado: “Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil”, verificam que as desigualdades sociais são potencializadas pela

redução de oportunidades de ascensão na vida, pelo desgaste do capital social (as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos), geradas da associação entre pobreza, má condição bucal e dificuldade de acesso ao serviço. Assim, entendem ser necessário que a voz das lideranças populares seja fortalecida, favorecendo o estabelecimento de redes de apoio para o reconhecimento dos problemas locais e globais, criando agentes sociais *ativos* nas decisões da vida coletiva, para que se possa tratar com dignidade humana os dentes da desigualdade no Brasil.

Costa (2012) cita os modelos ecossistêmicos de entendimento do processo de desenvolvimento da cárie, que buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas, numa visão dinâmica, histórica e ecológica, corroborando o estudo de Moreira, Nations e Alves (2007), há pouco mencionado.

O Programa Bolsa Família foi criado pela Lei nº 10.386, de 9 de janeiro de 2004. Seus principais objetivos são: - Promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial de saúde, educação e assistência social; - Combater a fome e promover a segurança alimentar; - Estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; - Combater a pobreza; e - Promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público. A inscrição no programa ocorre por meio do registro da família no Cadastro Único (CadÚnico) (BRASIL, 2004a).

Os valores pagos variam de acordo com o grau de pobreza de cada família. Assim, famílias com renda *per capita* de até R\$ 70,00 mensais recebem o benefício básico acrescido do benefício variável. Este se destina a famílias que possuem crianças, adolescentes de até 17 anos e/ou nutrízes. Famílias com renda *per capita* de até R\$ 140,00 mensais recebem apenas o benefício variável (BRASIL, 2009b).

Sua legislação vincula a concessão do benefício ao cumprimento de condicionalidades nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social, envolvendo especialmente grupos mais vulneráveis, como crianças, gestantes e jovens. Estas condicionalidades são acompanhadas por um sistema que envolve os quatro níveis federativos do Brasil e os ministérios respectivos, ou seja, da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social. Na saúde, os responsáveis pelas crianças menores de sete anos devem manter o seu calendário de imunização em dia e realizar o acompanhamento do estado nutricional e desenvolvimento.

Para Alves (2013), as condicionalidades em saúde impulsionam o diálogo entre a ESF e os beneficiários do PBF. Podemos presenciar na rotina da unidade de saúde em que

trabalhamos o fato de que, além do acompanhamento das condicionalidades, ainda é incipiente a atenção no acompanhamento dessas famílias pela Equipe de Saúde da Família, ou seja, médico, enfermeiro, cirurgião-dentista e técnicos e auxiliares de saúde bucal e enfermagem e agentes comunitários de saúde, em muitas situações, limitadas ao acompanhamento da avaliação antropométrica.

As dimensões referidas na literatura ganham relevância no estudo, na medida em que, na idade índice de cinco anos, se inicia a erupção de dentes permanentes. As crianças se tornam mais independentes, necessitando de acompanhamento familiar e monitoramento pelos serviços profissionais a fim de que consigam desenvolver hábitos saudáveis, na conquista de padrões de qualidade em saúde bucal, ou aliando-se estratégias de facilitação do acesso deste grupo a procedimentos de Promoção da Saúde por intermédio da educação, prevenção e tratamento da cárie dentária, espera-se reduzir os níveis de doença.

4 METODOLOGIA

A metodologia selecionada, de abordagem quantitativa, foi fundamentada como tipo de estudo com base na pesquisa-ação, orientada pelos escritos de Thiollent (1988), que a descreve como um processo sistemático, cuja meta principal é a elaboração do conhecimento ou da geração de mais conhecimentos, para corroborar ou refutar algum saber existente. É basicamente a aprendizagem, tanto da pessoa que realiza a pesquisa quanto da sociedade na qual esta se desenvolve. O processo começa com reflexão sobre a prática, a fim de identificar o que e como intervir para melhorar. Nessa reflexão, é essencial que haja etapas ou ciclos de planejamento, implementação, monitoramento e organização dos resultados sobre o que sucedeu da relação entre pesquisa e intervenção.

A pesquisa-ação, nesse contexto de estudo, se constituiu no método que orientou a elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de solução. Uma das características deste tipo de pesquisa é que, por seu intermédio, procuramos intervir na prática de modo inovador já no decorrer do próprio processo de pesquisa e não apenas como possível consequência de uma recomendação na etapa final do projeto.

A pesquisa-ação foi tomada como um método intervencionista por motivo apontado por Ferreira (2011), - o de ser um método que permite ao pesquisador testar hipóteses sobre a situação ou acerca do fenômeno estudado, - cárie em crianças em idade índice de cinco anos.

Consoante Lindgren, Henfridsson e Schultze (2004), nesse tipo de estudo, o pesquisador assume a responsabilidade não apenas de assistir os agentes envolvidos por meio da geração do conhecimento, mas também de aplicar esse conhecimento para solução do problema.

Nas etapas que se seguem, torna-se válido o registro dos processos vividos por nós no desenvolvimento do estudo em todo o seu percurso metodológico. A escolha da produção textual foi em formato de narrativa sobre como vivem, o que fazem e o que pensam a respeito da saúde bucal, procurando sistematizar esse conhecimento e dele extrair informações que possam organizar referências sobre a situação da cárie entre crianças em idade índice de cinco anos de famílias em situação de pobreza, assim como o modo em que a família é afetada por essa situação. Na medida em que se dá a organização das informações coletadas em quadros, gráficos e tabelas, analisamos e buscamos referencial para aproximação e entendimento dos resultados.

A narrativa é uma tradição de contar um acontecimento. A escolha para tal forma foi iluminada pelos escritos de Silva (2001), que orienta a construção de narrativa como

organização textual escrita de forma sequencial e estruturada, cuja composição mais simples inclui começo, meio e fim. Ainda a autora sugere que, ao narrar um acontecimento, a pessoa reorganiza sua experiência de modo que tenha ordem coerente e significativa, dando sentido ao vivido, privilegiando um procedimento que se expressa em constante desenvolvimento.

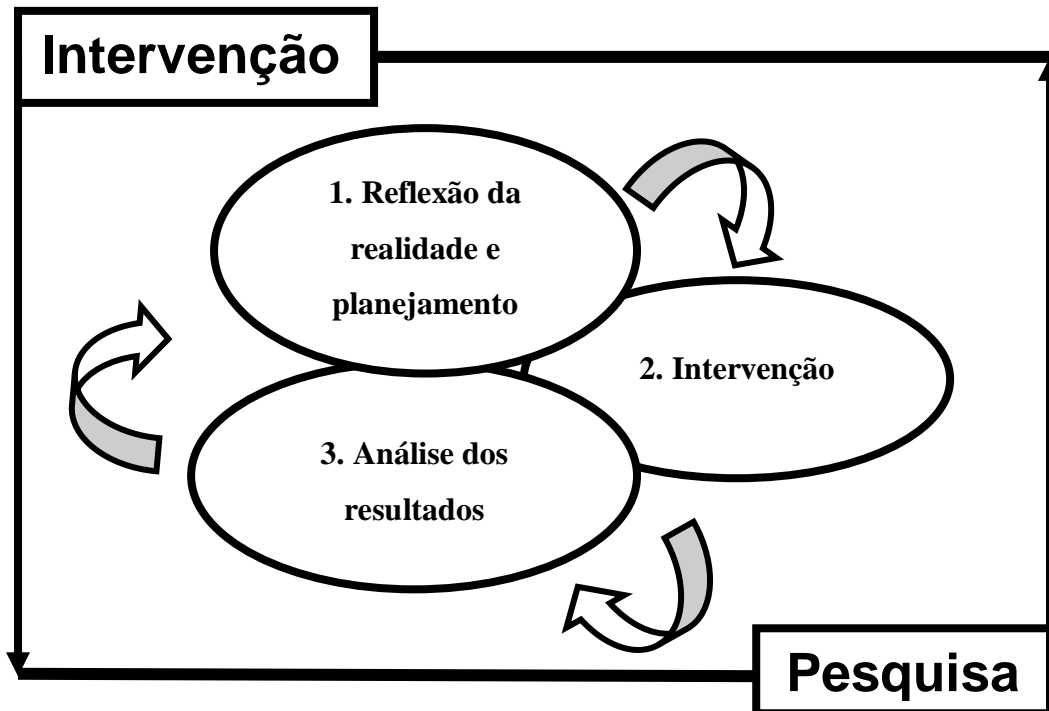
Predomina nessa escolha nossa intenção de manter uma tradição comunitária de contar os acontecimentos da vida diária, tendo nessa opção, em termos de objetivação, o propósito de que sua circulação aconteça no contexto em que as vivências da pesquisa aconteceram e espaço primordial para compartilhamento de seus resultados.

Essa escolha pode aparentar um caráter menos rigoroso, mas não menos complexo do processo de pesquisa, por aproximar o pesquisador das situações existenciais da vida comunitária e da vivência em família. Isto, em processos formadores de cunho profissional, é expresso como adequado quando o objeto ou produto dele derivado é alvo de comunicação que não é nesse caso destituído de rigor científico, pois o discurso se identifica no ato/intervenção em que foi produzido: família-comunidade-serviço (BARTHES *et al.*, 2008)

A família é entendida como espaço de cuidado. Ao articular as informações coletadas e as reflexões que emergiram de seus resultados, vão aparecendo as próprias limitações humanas/profissionais na busca do enfrentamento e da solução de problemas de saúde bucal nas crianças em idade índice de cinco anos.

Com base em Thiollent (1988), o desenvolvimento da pesquisa/intervenção sistematizada em etapas constituiu o percurso metodológico do estudo representado na Figura 1.

Figura 1- Etapas representativas do percurso metodológico de desenvolvimento da pesquisa.



Fonte: Elaboração própria, com base na literatura de Thiollent (1988).

4.1 Reflexão da realidade e planejamento sistematico da pesquisa

4.1.1 Reflexão da realidade: promoção da saúde e autocuidado

A primeira etapa do estudo, “**reflexão**” da realidade, considerou a problematização (BORDENAVE; PEREIRA, 2008) e o diagnóstico da situação. Essa etapa foi constituída inicialmente, como resultado das observações realizadas durante os atendimentos no serviço de saúde, quando, de posse de um caderno do tipo diário de campo, anotávamos criticamente o que observamos e sentíamos nas imagens cotidianas do convívio da instituição. Dessas relações foram emergindo conversas, encontros, falas, essencialmente fecundas e estimuladoras para uma perspectiva mais promissora ou pelo menos mais aberta na exploração e descoberta do Programa Bolsa Família como proposta de melhoria da qualidade de vida das populações em estado de pobreza ou pobreza extrema.

O ponto forte desse momento da pesquisa foi o realismo da situação estudada ao nos situar em contato direto com a realidade comunitária. Notamos, livremente, o movimento da comunidade no seu ir e vir constante, os descuidos sociais, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a confirmação ou não de atendimento às necessidades sentidas, a satisfação ou a insatisfação pelos serviços prestados, a relação com os profissionais; a passividade de

alguns, a revolta de outros, os que compreendiam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mas iam à luta. Na observação desse movimento de aparente desorganização, havia certa organização que concretizava o pedido explícito de garantia de acesso.

A demanda a um serviço de saúde é apontada nos escritos de Cecílio (2001) como a tradução objetiva das necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, acentua o autor, a demanda é uma boa medida, das necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem e quase sempre se estruturam na busca de atendimento às necessidades percebidas pelos usuários, como consultas, medicamentos e exames.

4.1.2 Planejamento sistemático da pesquisa - O Local

A continuação do processo acontece no reconhecimento do local do estudo, dando início à fase seguinte, denominada de **planejamento sistemático da pesquisa**, quando do acesso ao acervo de informações documentais, de fontes que tratam da estrutura da rede de saúde e da população da área adstrita ao serviço de saúde foi possível mapear a oferta de serviços incluídos na estrutura da Rede de Atenção à Saúde do Município de Fortaleza, por intermédio das unidades administrativas diretas da Prefeitura, que executam os serviços públicos em cada área, como mostra a figura 2.

Figura 2- Mapa das regiões administrativas e bairros de Fortaleza, ano 2012.



Fonte: CEARÁ- IPECE, 2012.

Essa fase se constituiu no momento em que reunimos as informações, delineando a realidade pesquisada, os temas e problemas expressos na estrutura social e familiar, carregados de base empírica, mas essenciais na descrição de situações concretas para o estudo, a intervenção e resolução/minimização do problema.

A área adstrita da equipe de nº 640 da Estratégia Saúde da Família, da Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Dr. Pedro Sampaio, localizada no bairro Conjunto Palmeiras, na Secretaria Executiva Regional VI, em Fortaleza, Estado do Ceará, foi escolhida como campo da intervenção, por se tratar da área onde atuamos como cirurgiã-dentista.

As famílias da área adstrita vivem e convivem representando uma parcela da população com número considerável de pessoas excluídas socialmente, residindo em moradias que, mesmo sendo de tijolos, ainda são precárias e insalubres. O abastecimento de água é quase que totalmente realizado pela rede pública (99.67%), porém, é notório o fato de que a água a ser consumida recebe tratamento adicional por apenas 76.57% das famílias. Quanto ao destino do lixo, existe coleta pública em 99.01% das residências, mas, mesmo assim, alguns

moradores colocam o lixo na rua em momentos diferentes daqueles em que o carro de lixo passa o que causa transtorno, pois os animais rasgam o saco de lixo e este fica espalhado na rua. Existe sistema de esgoto sanitário ou fossa em 86.25% das moradias, mas o destino de fezes e urina em 13.75% ainda é a “céu aberto” (FORTALEZA, 2009).

Vivem em sua maioria com baixos salários e renda oriunda muitas vezes do Programa Bolsa Família, do ofício como artesãos ao fazer o empalhamento de garrafas para empresas de aguardente, da reciclagem e como diaristas (FORTALEZA, 2009). Essa questão não reflete uma opção dos trabalhadores, como chegam a afirmar no estudo de Campos Filho (2007), porém se expressa muito mais como estratégia de enfrentamento por eles utilizada para fazer face às circunstâncias adversas, geradas pela falta de acesso ao trabalho formal, em decorrência da escolaridade reduzida.

As opções de lazer são restritas a TV e frequentar botecos, onde se encontram com amigos para conversar, beber, jogar sinuca e baralho. Na área existem conflitos de gangues, com frequência, o que limita a mobilização das pessoas na comunidade e o acesso de alguns grupos à UAPS (FORTALEZA, 2009)

Ainda nessa etapa, com as informações retiradas do acervo de documentos oficiais sobre as famílias da área selecionada, foi possível identificar a presença de crianças com idade índice de cinco anos completos, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2013, participantes do Programa Bolsa Família, foco do estudo-intervenção, além de informações básicas que definiram a constituição dos participantes do estudo.

Das 909 famílias cadastradas na área adstrita da equipe da Estratégia Saúde da Família-ESF de nº 640, 180 participam do Programa Bolsa Família e, destas, 50 famílias reúnem 54 crianças, com idade índice de cinco anos completos ao longo do ano de 2013 (DATASUS, 2012).

Nesse momento, de posse do mapeamento e da visibilidade da população da área cenário do estudo, iniciamos a elaboração de instrumentos capazes de reunir informações para responder aos objetivos do estudo. Assim, a escolha recaiu sobre o modelo de questionário por entendermos ser este um conjunto de perguntas sobre determinado tópico, que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, interesses, aspectos de personalidade e informação biográfica (GÜNTHER, 2003).

A escolha de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família foi intencional, sugerindo ser esta uma maneira de estimular o acesso deste grupo de famílias aos serviços de saúde bucal.

Segundo o IPECE (CEARÁ, 2012), em termos absolutos, o Conjunto Palmeiras é o bairro de Fortaleza onde habita o maior número de pessoas em situação de pobreza absoluta. Do total de uma população de 36.599 habitantes, 6.277 (17.15%) estão em situação de extrema pobreza.

Merecendo atenção especial neste estudo está a família, em seu contexto urbano, com o reconhecimento de toda a sua diversidade e multiplicidade de arranjos internos, podendo constituir lugar ideal para pensar estratégias e/ou tecnologias de enfrentamento a fim de elevar os indicadores de saúde bucal para populações em situações de pobreza.

Ainda como resultado desse momento, a adesão e a interação da família conosco foram essenciais. No percurso de mobilização dos responsáveis pelas crianças, algumas dificuldades relacionadas ao nosso deslocamento e entrada na comunidade foram vencidas graças ao apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS), que se constituíram em um suporte efetivo na mobilização dos responsáveis pelas crianças para participar da pesquisa.

Utilizamos a visita domiciliária como ferramenta para mobilização das famílias, e o convite para participar da pesquisa, observando a hora e data aprazada para a roda de conversa, sendo considerada fundamental a presença delas para efeito de explicação do projeto, adesão à pesquisa e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os responsáveis e Termo de Assentimento para participação das crianças na pesquisa e nas intervenções relacionadas para a Promoção da Saúde Bucal, quando necessária (APÊNDICES A e B).

4.1.3 Elaboração do instrumento e técnica de coleta de dados

Nesse tempo, com apoio na referência conceitual, elaboramos um instrumento dividido em dois tópicos: o primeiro tópico do questionário “Dados da Criança e sua Família”, envolvem perguntas abertas e fechadas voltadas para os aspectos relacionados à situação socioeconômica da família, incluindo idade e sexo da criança, situação conjugal da mãe, escolaridade dos pais, renda familiar, responsabilidade financeira, número de pessoas que moram na residência, total de cômodos no domicílio, com a intenção de encontrar os fundamentos necessários para a compreensão da realidade familiar das crianças.

O segundo tópico do questionário buscou orientação nos escritos de Günther (2003), sendo considerados prioritários nessa constituição, a quem ele se destinava, o grau destes; complexidade dos conceitos, o número de itens perguntados e a forma de apresentação; se existe relação recíproca entre as características da população-alvo e a complexidade dos conceitos a serem investigados, bem como a maneira de administrar o instrumento em termos de entrevista, tamanho e tempo.

Nesse momento, as questões se voltavam para os hábitos das crianças, tais como: se escova os dentes, se escova com ajuda ou sozinho, em qual idade começou a escovar sozinho e quem ensinou; se tem escova de dente individual; se escova com pasta, qual tipo e que quantidade utiliza; quantas vezes ao dia e em quais horários escova os dentes; se realiza a higiene interdental, o que utiliza e em quais horários. Esta fase orienta a definição das necessidades, o planejamento e a orientação da intervenção no campo da saúde bucal.

Nesta relação, consideramos o conceito ampliado de saúde, analisado sob uma concepção ampla de saúde-doença e de seus determinantes. A Promoção da Saúde propõe a articulação entre os saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Buss (2009) recobra a perspectiva de relacionar a saúde bucal e condições de vida em seus múltiplos elementos: físicos, psicológicos e sociais.

Nessa elaboração, os fundamentos do Informe Lalonde (1996) encontrados no conceito de campo da saúde, que reúnem os chamados determinantes da saúde, foram considerados relevantes no entendimento da saúde bucal, quando se decompõem como campo da saúde nos quatro amplos componentes: biologia humana (fatos relacionados à biologia humana, que se manifestam como consequência da constituição orgânica, que inclui herança genética, processos de amadurecimento e envelhecimento de variados órgãos e aparelhos internos do organismo); ambiente (fatores externos ao organismo e sobre os quais as pessoas têm pouco ou nenhum controle: - água, por exemplo); estilo de vida (conjunto de decisões que a pessoa toma em relação a sua saúde e sobre as quais exerce certo controle); organização da assistência (quantidade e qualidade, relação, recursos na prestação de assistência) são questões que contribuem na determinação relativa como fator de surgimento da cárie, aliada ao contexto cultural em que a população da área se insere.

Em razão do tipo de estudo com base na pesquisa-ação, consideramos oportuno o modelo de entrevista de ajuda, de Benjamin (1996). Iniciamos a reflexão procurando

recuperar alguns conceitos que fundamentam o ponto de vista acerca do dispositivo ‘entrevista’ na contextura do trabalho científico. Pretendemos ainda, como objetivo, caracterizar a entrevista como dispositivo enunciativo, rejeitando nela reconhecer, tão-somente, o papel de mera ferramenta que possibilita ao entrevistador o acesso à verdade do entrevistado.

A lição mais importante nessa escolha sobre a entrevista de ajuda na abordagem da pesquisa-ação, está no fato de que nela não existe ninguém a não ser o entrevistado e o entrevistador e que nada naquele momento é mais importante, devendo este último ter consciência do que verdadeiramente está levando de si para a entrevista. O entrevistador deve, principalmente, sentir dentro de si mesmo que tenciona ajudar, tanto quanto possível, o entrevistado.

4.2 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFC para devida análise, recebendo parecer (nº 461.874) favorável à sua execução, com data de 20 de novembro de 2013, estando de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata de pesquisa em seres humanos (Anexo A) (BRASIL, 2012).

O estudo teve a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenação de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, processo nº 3107105533028/2013 (Anexo B).

Foi realizada a consulta aos pais ou responsáveis pelas crianças, no sentido de se obter a autorização e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Foi realizada a consulta às crianças e solicitado que elas assinassem o Termo de Assentimento, garantindo assim sua adesão ao estudo (Apêndice B).

5 INTERVENÇÃO

5.1 Contatos presenciais com as famílias

Do universo de 50 famílias da área do estudo, houve recusa por parte de 21 em participar. Os motivos alegados foram planejamento de viagem para o interior do Estado para casa de parentes, questões de trabalho, por não querer participar sem necessariamente apresentar razões objetivas para tal decisão, além de residências vazias durante a visita domiciliária.

A prontidão das famílias que atenderam ao convite foi valiosa para o desenvolvimento do estudo. Os primeiros contatos presenciais foram concretizados em uma roda de conversa, para tratar do tema da reflexão inicial, que foi a importância da saúde bucal e da prevenção da cárie dentária. Esta técnica é muito conhecida nos meios populares, nos processos de Educação e Promoção da Saúde no Município de Fortaleza-CE, e se presta a fomentar o encontro humano e a organização de grupos, realçando a abordagem dialogal e significativa, na qual os responsáveis pelas crianças, dispostos em formato circular, vão simbolizando maneiras mais construtivas de convergir na diversidade e complexidade da experiência humana.

A roda de conversa se mostrou na pesquisa-ação como ferramenta de estímulo ao protagonismo dos participantes na produção do conhecimento, haja vista que ela é uma experiência propícia à criação de clima intelectualmente estimulante e sugestivo ao diálogo, ao bate-papo informal, à boa conversa, ao tempo em que enseja a descontração e a disposição para reflexões mais plenas sobre a temática abordada, o que proporcionou relações mais interativas, colocando os participantes em situações mais lineares. Por sua vez, se mostrou como técnica voltada para o desenvolvimento de capacidades humanísticas, civilizatórias, colaborando com as famílias beneficiadas com o Programa Bolsa Família, no seu próprio desenvolvimento humano (ARAÚJO *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2005).

Sobre o tema da reflexão achamos oportuno abordá-lo de maneira mais criativa, por ser tal aspecto considerado positivo nos processos relacionais que articulam a proposta de estudo com base na pesquisa-ação. Ante a complexidade do tema e das abordagens conceituais componentes do projeto, foi interessante buscar os escritos de Ostrower (1983), para dizer da urgência em trazer a própria sensibilidade para o campo da pesquisa, não no sentido apenas do fazer científico, mas, sobretudo, como produtividade responsável e engajada, da realização

de uma necessidade social de desvelar aquilo que faz parte da vida cotidiana dos beneficiários do Programa Bolsa Família, que ainda precisa ser explorado.

Nesse momento, a fragilidade dos participantes ante a complexidade dos aspectos conceituais sobre a pesquisa (seus objetivos, hipóteses e desfechos), mesmo acionados os mecanismos de adaptação para uma comunicação eficaz aos responsáveis pelas crianças, ainda assim perderam o sentido. O fator mais convincente que surgiu nessa relação foi mesmo a possibilidade de se vivenciar um fazer de pesquisa de forma articulada, colaborativa e, assim, as coisas poderiam ir tomando forma e vendo nascer nessa trajetória dos participantes e sob seus comandos, suas mãos, o estudo criando também associações; há de se pensar que nessa situação o exemplo concreto é sem dúvida mais eloquente do que explicações abstratas.

A conversa não foi muito longa, mais precisamente em torno de uma hora, tempo suficiente para as apresentações e para um diálogo sobre o projeto de pesquisa, acerca das intervenções na saúde bucal das crianças, tarefa que mereceu certa habilidade da nossa parte, em razão do perfil das famílias presentes e da complexidade que envolve a explicação sobre pesquisa, comitê de ética, quais intervenções seriam realizadas, que resultados seriam esperados. Logo em seguida, entregamos o questionário para que todos tivessem conhecimento acerca das questões a serem respondidas no momento da entrevista. Algumas explicações mais detalhadas foram necessárias tendo que nos se reportar aos referenciais conceituais que orientaram o planejamento do instrumento (Apêndice C).

Para efeito de melhor entendimento dos responsáveis sobre o assunto, empregamos a técnica de aulinha, em que utilizamos frases geradoras organizadas, com o objetivo de atender aos anseios das famílias. Em formato de fotolinguagem, o uso de imagens que incluíam hábitos de vida saudável, hábitos de higiene bucal, sorriso, dentes saudáveis e dentes cariados, funcionou como motivador do diálogo sobre saúde bucal nas crianças e o significado da participação dos familiares na conquista de uma vida saudável para elas.

Nesse momento, os presentes consideraram interessante a temática, as descobertas quanto aos cuidados e que procedimentos simples poderiam ajudar na prevenção da cárie. Outro fato significativo foi o entendimento de que a cárie em estágio inicial pode ter sua evolução interrompida, quando esta constitui apenas uma mancha branca de desmineralização no esmalte dentário e ainda não se tornou uma cavidade.

Seguindo-se a leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), os membros familiares presentes concordaram, espontaneamente, em autorizar a participação na pesquisa, com a consequente assinatura do documento, ação fundamental

para o início das entrevistas e a coleta de dados de identificação das famílias e posteriormente a avaliação das crianças, orientadas pelos instrumentos elaborados.

Nesse mesmo tempo, em uma sala anexa, as crianças vivenciaram o contato com algumas atividades que se organizaram em torno da técnica de **roda brincante**. Entre as atividades, elas assistiam a um vídeo, cujo tema projetava sobre a importância dos hábitos alimentares e de higiene bucal na prevenção da cárie dentária, acompanhadas pela auxiliar em saúde bucal (ASB).

O filme “Tom em: Missão saúde bucal - Oral B”, recurso selecionado pelas variadas mensagens estimuladoras do diálogo e expressões de encantamento, ensejou a vivência didática e contemplativa das crianças. As cores de roupas e cenários, o enredo, os desenhos aproximados da realidade das crianças despertavam interesse e criavam atitudes de atenção sobre as questões tratadas no filme.

O personagem principal, Tom, criança conversadeira que dialoga com facilidade com outras, não faz perguntas mas estimula as crianças presentes a perguntar e demonstra como ter dentes saudáveis; os cuidados que deve ter; o jeito de escovar corretamente, sugerindo que não se deve esquecer nenhum dente e nem a língua e informando os horários mais adequados; orienta a alimentação saudável e em horários regulares; a ingestão de doces preferencialmente após a refeição e antes da escovação.

Na roda brincante, ainda realizaram atividades lúdicas, lembrando os aspectos mais importantes da aprendizagem. Após o filme, foi criado um momento do tira-dúvidas, onde as crianças despertaram sobre a saúde bucal e, por nós provocadas, faziam as perguntas sobre o que gostariam de saber. As dúvidas eram esclarecidas e as crianças eram comunicadas sobre o projeto. Para aquelas cujos responsáveis tivessem aderido, consideramos pertinente a consulta às crianças na decisão de participar do estudo, sendo convidadas a assinarem o Termo de Assentimento (Apêndice B).

Duas crianças manifestaram recusa em participar, mas foram convencidas, pelos responsáveis, sobre a importância da saúde bucal, recebendo nosso apoio para explicações mais interessantes, do cuidado e das possíveis consequências à saúde e estética na facilitação do entendimento da criança, fato que pode corroborar os autores que tratam da relevância dos vínculos entre a família e a equipe de saúde da área adstrita, o que favorece a participação do grupo de atenção, ampliando a eficácia das ações de saúde, principalmente relacionadas aos aspectos de autocuidado (CAMPOS, 1997).

A observação, ante a atitude de responsáveis ao conhecer as necessidades dos filhos, se manifesta em depoimentos, a exemplo: *“Doutora, quando a gente fica vindo aqui, a gente escova mais os dentes”*; *“ Nunca ninguém tinha explicado isso pra mim”*; *“É triste ver pessoas, ainda bem jovens, desdentadas”*, tornando possíveis reflexões sobre as relações de vínculo com a comunidade, com os profissionais de saúde, emergindo dimensões relevantes do poder de presença e da força do exemplo como essenciais nas relações de cuidado.

Outro aspecto relevante nos depoimentos trata da facilitação de acesso ao atendimento: *“A gente nunca vem aqui porque nunca consegue uma ficha pra se consultar”*; *“É tão difícil a gente conseguir uma vaga pro dentista que a gente desiste”*. Entra nesse âmbito a reflexão de que as famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família ainda têm dificuldade de acesso aos serviços oficiais de saúde, com prejuízos consequentes aos processos de cuidado à saúde bucal.

Neste momento foi interessante abriremos espaço para um diálogo sobre o funcionamento do serviço de saúde, os tipos de serviços ofertados, bem como o modo de acesso pelas famílias. Muitas não sabiam da existência do acolhimento em saúde bucal, que acontece duas vezes por mês.

A convite nosso compareceram à Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Pedro Sampaio 29 famílias, representando 32 crianças que aderiram à pesquisa.

5.2 O lugar da entrevista no universo do pesquisador/pesquisado

Nessa fase, iniciamos a entrevista de ajuda individual, com duração média de 40 minutos e duração máxima de 60 minutos. As entrevistas foram realizadas pela manhã e à tarde em decorrência do horário escolar das crianças. Ocorreram em sala previamente preparada para receber os participantes convidados, em local institucional, seguindo uma agenda planejada, no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014. Das famílias presentes, todas aderiram à pesquisa, sendo definidos os participantes do estudo: 29 famílias e 32 crianças, a quem foi direcionada a entrevista. Finalizada a entrevista, foi agendado o início das atividades que denominamos de oficinas de higiene bucal (OHB).

5.3 As oficinas de higiene bucal

Para compreensão da oficina no desenvolvimento da pesquisa, tomamos como referência o que o próprio nome sugere - ser um lugar onde se exerce um ofício, sendo

também um local de consertos e reparos, onde se verificam grandes transformações. Esta proposta ancora-se numa tendência problematizadora caracterizada como ferramenta ideal de facilitação da conversação e de estímulo ao diálogo (ARAÚJO; ALMEIDA, 2005).

O material, com base no qual a oficina de higiene bucal (OHB) foi organizada, incluiu vivências, filme, desenho livre, pinturas e fantoches, por meio dos quais as crianças puderam revelar circunstâncias e emoções vividas quando do cuidado à saúde bucal, ligadas a dimensões da vida cotidiana e ao cuidado de si mesma.

Foi válida, nessa intervenção, a colocação da arte como ferramenta de expressão dos sentimentos da criança por meio de técnicas de pintura em papel, desenho livre, brincadeiras com uso de balões, o que traz a dimensão lúdica para o ambiente, privilegiando nas atividades uma experiência prazerosa. Isso foi perceptível pelos gestos manifestos de sorrir, abraçar, presentear.

Essa atividade constituiu um momento de sociabilidade e cooperação entre as crianças e funcionou como preparação para os desafios no desenvolvimento da habilidade de escovação dental. Nesse caso, a arte se tornou uma excelente abertura para pensar a saúde bucal das crianças, desvelando na nossa perspectiva um estado de encantamento em que os acontecimentos iam dando origem a novas buscas de explicação sobre a saúde bucal e a relação com o estado de pobreza a que as crianças estão expostas. (ARAÚJO *et al.*, 2008; ARAÚJO *et al.*, 2005; ARAUJO; ALMEIDA; THERRIEN, 2013).

Continuando as intervenções planejadas, voltadas para orientar a escovação dental; estimular o uso do fio dental; evidenciar a placa bacteriana dos dentes; verificar e registrar o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) e escovação dental supervisionada, momento em que cada criança recebeu um *kit* de higiene bucal contendo uma escova de dente, um rolo de fio dental e um tubo de creme dental, para higiene bucal, intervenção realizada com o apoio das ASB, cuja descrição do procedimento é detalhada a seguir.

A evidenciação da placa bacteriana foi feita com pastilhas à base de fucsina básica, que permite a visualização da placa para a verificação do IHOS, o qual foi verificado e anotado em formulário específico (Apêndice F).

O procedimento seguinte foi a realização da higiene bucal, quando as crianças foram supervisionadas pela equipe, recebendo ajuda dos responsáveis, tarefa fundamental, que reforçou a ajuda mútua e o aprendizado por ambos, - a criança e o responsável. A visualização da placa bacteriana pelas crianças e seus responsáveis facilitou a localização da mesma,

favorecendo o desenvolvimento da habilidade de escovação dental. Este ato despertou o interesse para a escovação correta e utilização adequada do fio dental ao tempo em que desenvolveu a aprendizagem de como remover todas as “manchinhas rosa”, que foi a denominação atribuída pelas crianças à placa bacteriana corada.

O Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) permite classificar a condição de higiene bucal em grupos populacionais, visualizando placa e cálculo presentes em determinadas faces dos dentes. A comparação dos IHOS em momentos distintos permite verificar os efeitos do processo de Educação em Saúde Bucal. Neste índice, é examinada a face vestibular dos seguintes elementos dentários: - primeiro molar superior direito (16 V); - incisivo central superior direito (11 V); - primeiro molar superior esquerdo (26 V); - incisivo central inferior esquerdo (31 V). Também é examinada a face lingual dos elementos: - primeiro molar inferior esquerdo (36 L); - primeiro molar inferior direito (46 L). No caso do dente índice estar ausente, substituiremos pelo correspondente decíduo. Os critérios para a medida numérica dos índices de placa e cálculo estão descritos no Apêndice G (GREENE; VERMILLION, 1964, *apud* DIAS, 2009).

A escovação dental foi orientada por intermédio da técnica de Fones, por ser mais fácil de ser aprendida pelas crianças. Nesta técnica, a criança empunha a escova e, com os dentes cerrados, faz movimentos circulares na face vestibular de todos os dentes superiores e inferiores. Iniciando no último molar de um hemiarco e indo até o último molar do outro hemiarco. Por palatina e lingual, os movimentos também são circulares, com a boca aberta. Nas faces oclusais e incisais, os movimentos são no sentido anteroposterior (GUEDES-PINTO, 2006).

5.4 Exame clínico

Com a cavidade oral higienizada, foi realizado o exame clínico odontológico inicial, para diagnóstico da cárie dentária. Este aconteceu em ambiente climatizado, com a criança sentada em cadeira comum, com boa iluminação artificial, utilizando-se de espátula abaixadora de língua, espelho clínico e sonda exploradora nº 5. Os exames clínicos foram realizados após escovação supervisionada, por nós, fator indispensável à padronização dos exames. A ASB fez a anotação na ficha de exame do paciente (Apêndice D).

Ao final do exame, todas as crianças realizaram a aplicação tópica de flúor fosfato acidulado 1.23% em forma de gel, por um período de dois minutos. A técnica foi realizada com o auxílio da escova dental. Esta técnica consiste em colocar no centro da ponta ativa da

escova dentária, utilizando-se a técnica transversal, uma pequena quantidade de gel, equivalente a um grão de ervilha pequeno (menos que 0,5 g). Durante cerca de 30 segundos, fricciona-se a ponta da escova contendo o gel sobre as superfícies dentárias, exercendo leve pressão nas proximais e oclusais. Iniciada pelo hemiarco superior direito e, em sentido horário, repetir o procedimento de modo a atingir os quatro hemiarcos, perfazendo um total de dois minutos, tendo-se todo o cuidado para que a criança não degluta o flúor. Foram orientadas a não lavar a boca nem ingerir nada por um período de meia hora (CURY, 2000).

Nesse momento, as crianças foram divididas em dois grupos, - aquelas com atividade de cárie as outras sem atividade de cárie. As crianças que não apresentaram atividade de cárie foram liberadas e seus responsáveis orientados a realizarem consultas odontológicas, a cada seis meses, para manutenção da saúde bucal. Em caso de alguma necessidade urgente, procurar a unidade de saúde ou, caso a unidade esteja fechada, os centros de especialidades odontológicas (CEO), que têm urgência 24 horas.

As crianças que apresentaram cárie foram agendadas para mais três momentos de OHB, aliados às consultas para o tratamento odontológico e, quando necessário, encaminhamentos ao CEO, com vistas ao cuidado integral.

5.5 Análise estatística

Os dados obtidos neste estudo foram organizados no *Microsoft Excel* e exportados para o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0 para Windows, em que foram analisados estatisticamente.

Os dados categóricos foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual e analisados por meio do Teste Exato de Fisher, ou Qui-quadrado.

Os dados quantitativos tiveram sua distribuição analisada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e comparados por meio do Teste t de Student ou t Pareado, tendo-se considerado uma confiança de 95% (erro alfa do tipo I = 0.05) para todas as avaliações.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 29 famílias com 32 crianças, das quais 19 (59%) eram do sexo feminino e 13 (41%) do masculino.

Das famílias pesquisadas, 28 (97%) relataram ter renda familiar média mensal de até um (1) salário-mínimo e uma (3%) de até dois (2) salários-mínimos.

Pochmann *et al.* (2002) criaram o Índice de Exclusão Social (IES), que tem entre seus indicadores a **Pobreza**, auferida por meio do nível de renda, sendo considerada pobre a família que vive com uma renda inferior a meio salário-mínimo *per capita* por mês.

Em pesquisa realizada por Moreira, Nations e Alves (2007), as pessoas entrevistadas relataram que as precárias condições de vida são fatores que dificultam a priorização dos cuidados em saúde, bem como a falta de dinheiro para comprar escova de dente, creme dental; perder o dia de trabalho para ir ao dentista; muitas vezes as mães chegam em casa cansadas do trabalho e não têm energia para supervisionar a escovação dos dentes dos filhos.

Lagrecia (2007) acentua que a privação econômica e social é determinante não só da doença cárie, mas também da maioria das doenças. Ao associar cárie à condição socioeconômica, conclui que a incidência de cárie dentária é 57% maior em famílias com renda de até um salário mínimo quando comparada com famílias com renda acima de quatro salários mínimos.

Corroborando os autores, não resta dúvida de que a pobreza é fundamentalmente uma experiência humana que pode estar associada à concretude do cotidiano na deterioração da qualidade de vida, da autoestima, de uma relação significativa com os outros, podendo suplantar para uma relação de crescimento da própria competência para o autocuidado ou de uma participação na definição do significado da vida pessoal e dos membros da família.

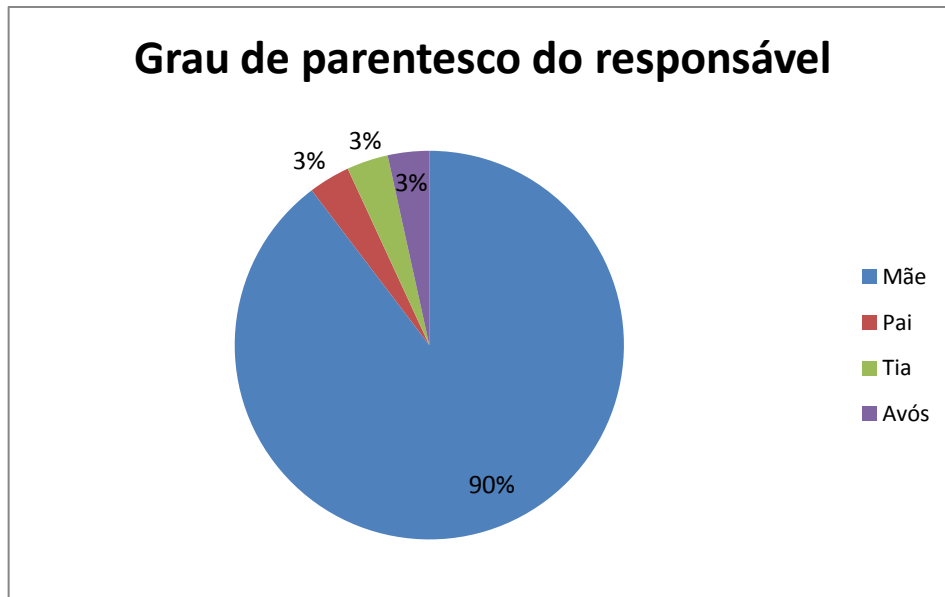
Campos Filho (2007) constata, em seu estudo, que as famílias beneficiadas por programas de transferência de renda percebem melhoras significativas na qualidade de vida, relacionados a alimentação, moradia, cuidados com a saúde e o bem-estar, principalmente dos filhos. A maioria dos entrevistados concentra suas expectativas na possibilidade de melhores oportunidades para os filhos, advindas do estímulo ao crescimento da escolaridade.

6.1 Grau de parentesco

Quanto ao grau de parentesco com as crianças, perdura entre os responsáveis uma relação consanguínea que se articula ao conceito de família nuclear extensa, onde a prática tradicional do cuidado da criança está distribuída entre duas ou mais gerações. Dos 29 responsáveis pelas

crianças, 26 (90%) eram mães; um (3%) era pai; uma (3%) era tia e uma (3%) era avó, todos com a tarefa de acompanhar os filhos aos cuidados profissionais na unidade primária de saúde de referência da área, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 - Grau de parentesco dos responsáveis pelas crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.

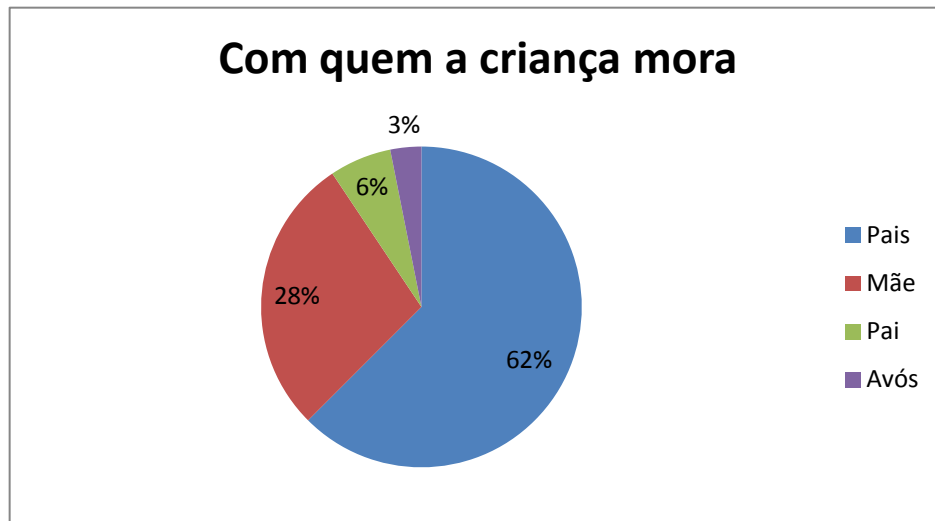


Fonte: Elaboração própria.

A primazia da responsabilidade pelo cuidado com a criança, na unidade familiar, é atribuída historicamente à mulher. Nessa questão, o cuidado nasce de um interesse, de uma responsabilidade, de uma preocupação, de um afeto, que, em geral, implicitamente, inclui a maternagem e a educação que, por sua vez, implicam ajudar a crescer (WALDOW, 2006). A maternagem, para Badinter (1985) é o amor materno como resultado de uma elaboração social e cultural, nada tendo de relação com o instinto. É a educação que se pode analisar pela função materna esperada.

As 32 crianças moram, em sua maioria, com o pai e a mãe 20 (62%), nove (28%) moram apenas com a mãe, duas (6%) moram apenas com o pai e uma (3%) mora com os avós, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2 - Vínculo habitacional das crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

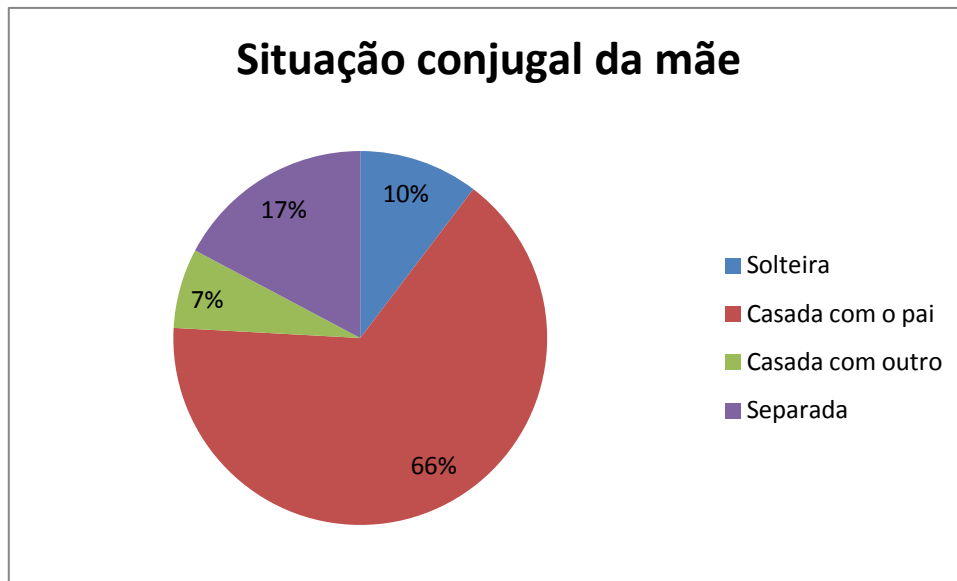
Nessa abordagem, o parentesco aparece como resultado da relação que os responsáveis nutrem com as crianças; concretiza-se na união de duas ou mais pessoas por vínculos de sangue descendência/ascendência ou sociais, sobretudo pelo casamento ou união estável (POLITO, 2004). Observa-se nos resultados do estudo que o parentesco estabelecido entre os responsáveis pelas crianças segue arranjos diferenciados.

O modelo de parentesco consanguíneo foi o mais evidenciado; a este se descreve o parentesco em linha reta, quando as pessoas descendem umas das outras diretamente (filho, neto, bisneto, trineto etc), e parentesco colateral quando as pessoas não descendem uma das outras, mas possuem um ancestral em comum (tios, primos etc.). Outro modelo de parentesco que também é evidenciado é aquele criado pelo casamento onde o parentesco surge da aparência social, da convivência familiar duradoura - o parentesco socioafetivo, que em outras relações sociais recebe a denominação de parentesco por afinidade.

6.2 Situação conjugal

Observa-se que, das 29 mães, as solteiras correspondem a três (10%); as casadas que moram com o pai da criança, representam 19 (66%); as que estão casadas ou moram com outra pessoa que não o pai da criança representam duas (7%); e as que estão separadas do pai da criança e moram sozinhas são cinco (17%), conforme Gráfico 3. A maioria compõe a família nuclear.

Gráfico 3 – Situação conjugal das mães das crianças entrevistadas de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

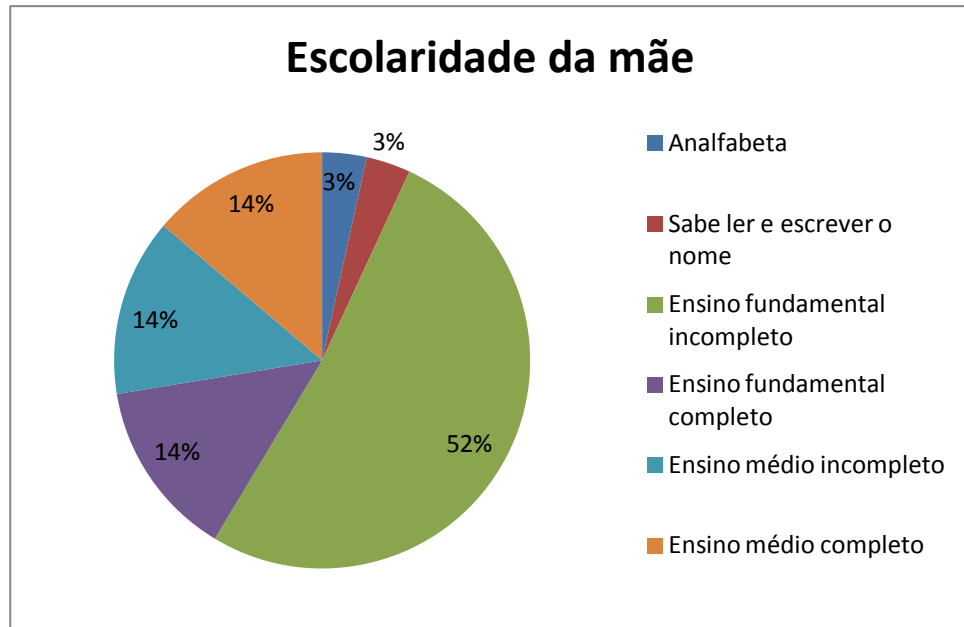
Alguns estudos associam a ocorrência de doenças como a cárie com a fragilidade da estrutura familiar. Canalli (2010) refere que muitas mães assumem sozinhas as responsabilidades pela formação dos filhos, o que as sobrecarrega. Souza, Vianna e Cangussu (2006) constataram que o comprometimento da estrutura familiar, da condição materna e da ambiência familiar pode afetar negativamente a ação da mãe em relação aos cuidados básicos diários com as crianças, incluindo a escovação noturna.

6.3 Escolaridade

A maioria dos responsáveis entrevistados sabe ler e escrever. Quando observada a escolaridade por sexo, torna-se possível notar na sequência.

A escolaridade das 29 (100%) mães é uma (3%) analfabeta, uma (3%) sabe ler e escrever o nome, 15 (52%) têm ensino fundamental incompleto, quatro (14%) têm ensino fundamental completo, quatro (14%) têm ensino médio incompleto e quatro (14%) têm ensino médio completo, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4 - Escolaridade das mães das crianças de cinco anos analisadas na área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.



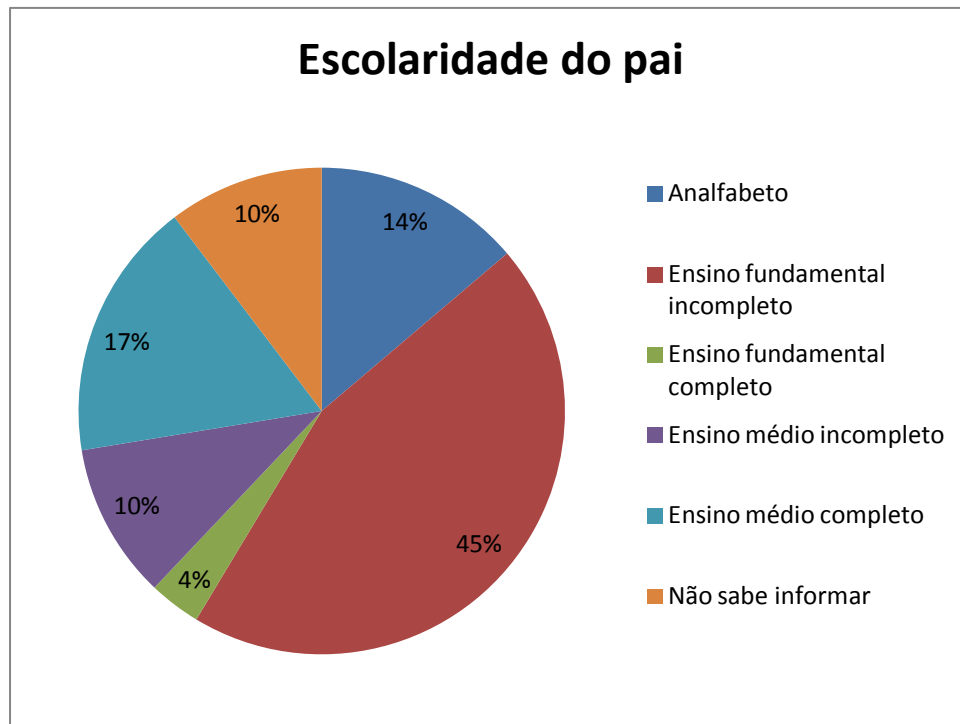
Fonte: Elaboração própria.

Vários autores associam a escolaridade materna com a presença de cárie. Lagreca (2007) estudou crianças de seis a dez anos e descobriu que quanto maior a educação formal da mãe, menor o CPO-D das crianças. Moreira (2007), ao estudar o impacto do aleitamento materno no desenvolvimento da cárie dentária em crianças de dois a 12 anos de idade, conclui que houve relação inversamente proporcional entre maior escolaridade materna, bem como paterna, e menor experiência de cárie dentária. Estudo de Almeida *et al* (2010) revelou que crianças cujas mães detinham escolaridade igual ou inferior ao ensino médio incompleto possuíam maior proporção de cárie.

A escolaridade dos 29 (100%) pais é: quatro (14%) analfabetos, 13 (45%) têm ensino fundamental incompleto, um (4%), tem ensino fundamental completo, três (10%) têm ensino médio incompleto, cinco (17%) têm ensino médio completo e três (10%) não souberam informar, conforme Gráfico 5.

Verifica-se uma predominância do analfabetismo entre os pais em relação às mães das crianças. Ambos estão longe de alcançar índices de escolaridade satisfatórios.

Gráfico 5 - Escolaridade dos pais das crianças analisadas na área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

A esse respeito, em pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 21,6% dos brasileiros de 15 anos ou mais de idade eram analfabetos funcionais, contra 22,2% em 2006. De acordo com a pesquisa, as regiões Norte e Nordeste tinham as maiores taxas: 25,0% e 33,5%, respectivamente. Uma pessoa é considerada alfabetizada funcional quando é capaz de utilizar a leitura e a escrita para continuar aprendendo e se aperfeiçoando. Nesta pesquisa, a taxa de analfabetismo funcional foi representada pela proporção de pessoas com 15 anos ou mais de idade e menos de quatro anos de estudo completo (BRASIL, 2007).

Na faixa etária a partir de 15 anos de idade, as mulheres do Ceará têm maior nível de escolaridade. O percentual de mulheres sem instrução ou ensino fundamental completo é de 47,18%, enquanto o de homens é de 54,08% - uma diferença de 6,9% (BRASIL, 2007).

No mesmo estudo, enquanto 25,76% das mulheres, a partir de 15 anos, têm ensino médio completo e superior incompleto, esse índice cai para 22,32% entre os homens. A diferença positiva para elas também está entre os que têm nível superior: 6,8% delas já concluíram pelo menos uma faculdade. Já os homens que fizeram o mesmo são apenas 4,34%.

6.4 Práticas de higiene bucal

As 32 (100%) crianças relataram ter uma escova de uso individual, não dividindo com nenhum outro membro da família ou pessoas que coabitam no mesmo domicílio.

Das crianças estudadas, 23 (72%) afirmaram realizar a escovação dental sozinhas, nove (28%) crianças, mesmo com iniciativa de escovação sozinhas, relataram contar com a ajuda dos responsáveis, conforme tabela 1. Destas, sete (78%) crianças contam com a ajuda da mãe, uma (11%) da tia e uma (11%) da avó.

Tabela 1 - Distribuição das crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, com relação à habilidade em realizar a escovação dental, Fortaleza, 2014.

<i>Crianças escovam os dentes</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sozinhas	23	72
Sozinhas e com ajuda do responsável	9	28

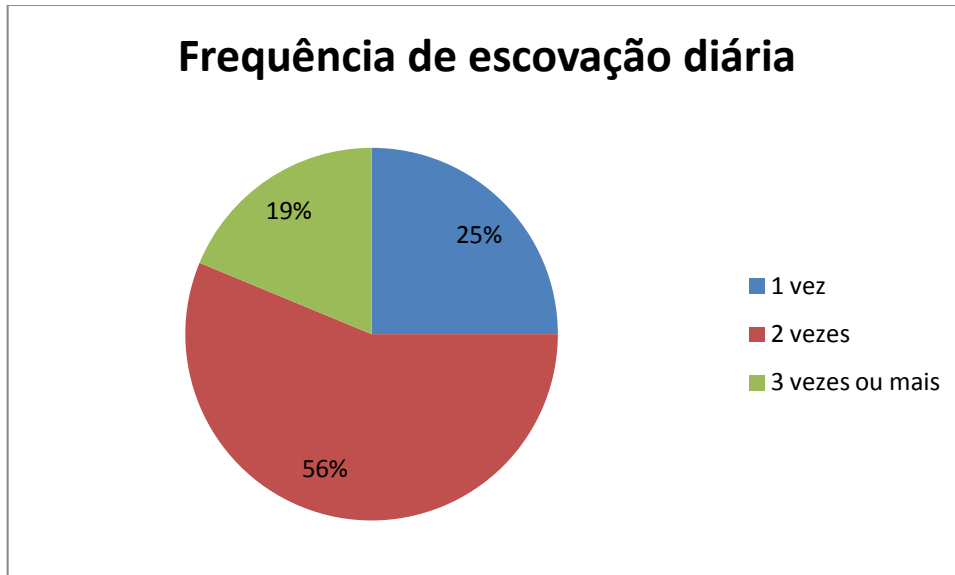
Fonte: Elaboração própria.

A escovação dentária, quando é realizada com ajuda, é sempre com a participação de responsável do sexo feminino - mãe, tia, avó - corroborando estudo feito por Canalli (2010).

Consoante aconselha Guedes-Pinto (2006), os pais devem escovar os dentes das crianças até que elas completem sete anos, pois, ainda que a criança de cinco anos demonstre habilidade e controle neuromotor para realizar este procedimento, não executam todos os movimentos apropriadamente, e podem se esquecer de escovar em algumas áreas. No momento da entrevista, foi abordada a importância de os responsáveis escovarem os dentes das crianças. Tal informação foi reforçada quando da escovação supervisionada, na primeira OHB.

A maioria das crianças escova os dentes duas vezes ao dia. A frequência de escovação dental diária relatada pelo grupo foi: oito (25%) crianças realizam a escovação apenas uma vez ao dia, 18 (56%) realizam duas vezes ao dia e seis (19%) realizam três vezes ou mais, conforme gráfico 6.

Gráfico 6 - Frequência de escovação dental diária das crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.



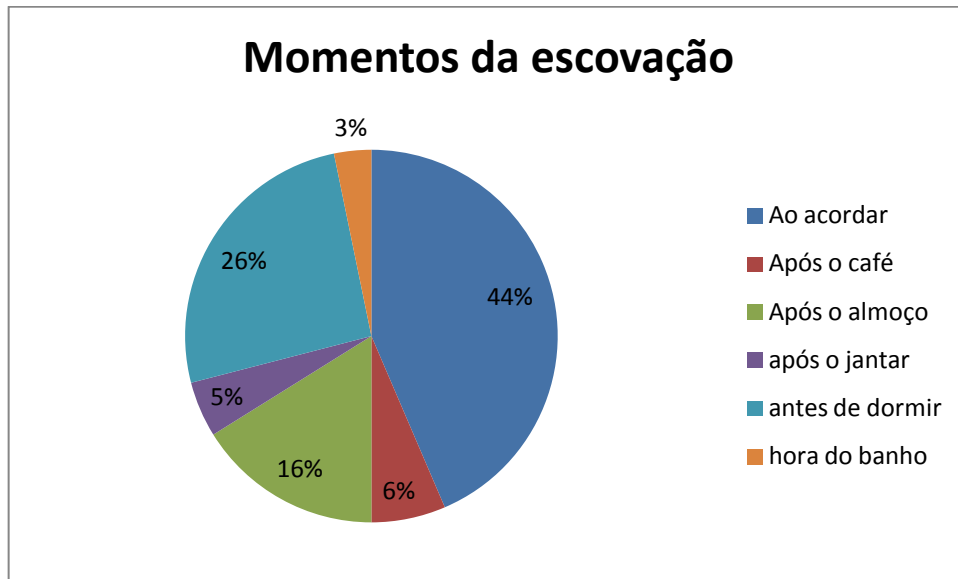
Fonte: Elaboração própria.

Guedes-Pinto (2006) sugere que a escovação seja realizada após as refeições, para remover os restos alimentares e antes de deitar, pois, durante o sono a secreção salivar é diminuída, aumentando a possibilidade de agressão em caso de formação de ácidos. Entende, porém, ser mais importante a qualidade da escovação do que a sua frequência. Algumas crianças escovam mais vezes, mas o fazem de maneira inadequada, não removendo toda a placa. Enquanto isso, algumas podem remover toda a placa uma vez ao dia ou a cada dois dias, o que tem mais validade para a prevenção da cárie.

Com relação aos momentos em que as crianças realizavam a escovação dental, 27 (44%) a faziam ao acordar, quatro (6%) após o café da manhã, dez (16%) após o almoço, três (5%) após o jantar, 16 (26%) antes de dormir e duas (3%) na hora do banho. Podemos perceber que a maioria das vezes em que a criança escova os dentes é ao acordar, seguindo-se o momento antes de dormir, conforme o gráfico 7.

No momento da entrevista, foi reforçada a importância da escovação matinal ser realizada após o café da manhã, para que os restos de alimentos sejam removidos da cavidade oral, bem como a escovação noturna, depois da última alimentação e antes de a criança dormir.

Gráfico 7 - Momentos de escovação dentária das crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

Quanto à definição dos momentos em que deve ser realizada a escovação, é possível recorrer ao pensamento de Guedes-Pinto, (2006), ao sugerir ser esse aspecto muito mais uma convenção do que propriamente uma evidência. As crianças do estudo foram orientadas a escovar os dentes após as refeições e antes de dormirem.

Quando questionadas acerca de quem ensinou a escovar os dentes, 28 (88%) crianças responderam que foi a mãe e quatro (12%) responderam que foi outra pessoa, no caso, um pai, uma tia, uma avó e uma irmã.

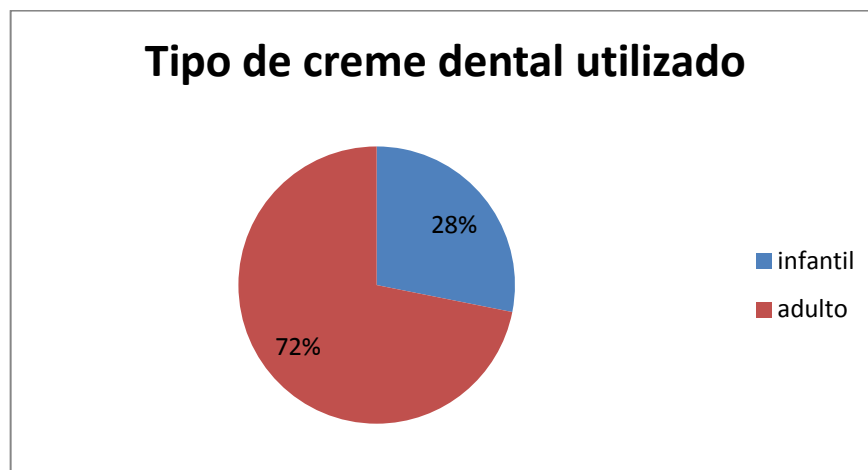
Remor (2009) ao estudar a percepção e o conhecimento das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos, concluiu que as mulheres (mães) aprendem a escovar os dentes com suas mães e ensinam o que aprenderam para seus filhos.

Em pesquisa realizada por Lagreca (2007), avaliando os fatores de risco associados à cárie, ao investigar o nível de conhecimento dos responsáveis pelas crianças em relação à saúde bucal, verificou que 29 (13,7%) dos pais ou cuidadores foram classificados obtendo um alto nível de conhecimento em relação à saúde bucal, 116 (54,7%) possuindo um nível médio e 67 (31,6%) um nível baixo de conhecimento.

Baseado no acima exposto, verifica-se a importância de atuar em conjunto, na orientação de crianças e dos responsáveis, principalmente as mães, por meio de atividades lúdicas envolventes.

O tipo de creme dental mais utilizado pelas crianças, no momento da escovação, foi o mesmo creme dental da família, para adultos, utilizados por 23 (72%) crianças. Apenas nove (28%) crianças utilizaram o creme dental infantil, conforme gráfico 8. Mesmo não sendo o mais utilizado, vale lembrar aqui que, apesar do sabor ser agradável e estimular a escovação infantil, nunca se deve esquecer de que a quantidade de flúor existente no creme dental infantil é a mesma do creme dental adulto. Os responsáveis não tinham essa informação, pensavam que, por ser indicada para crianças e ser “gostozinha”, como disseram, não fazia mal algum, mesmo que fosse deglutido.

Gráfico 8 - Perfil de creme dental utilizado pelas crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, Fortaleza, 2014.

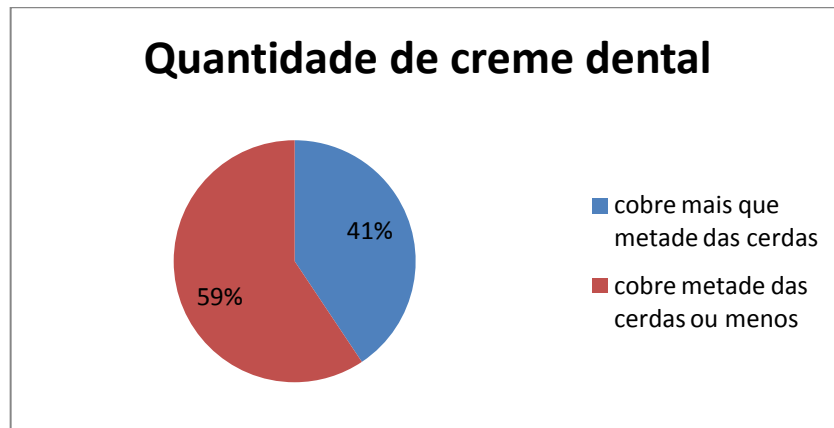


Fonte: Elaboração própria.

A quantidade de creme dental colocada na escova, no momento da escovação, foi bem mais do que o necessário em 13 (41%) crianças, que disseram cobrir mais da metade ou totalmente as cerdas da escova. Das crianças, 19 (59%) disseram cobrir a metade das cerdas ou menos, conforme o gráfico 9.

No momento da entrevista, foi ressaltada a importância da utilização de pequenas quantidades e da não deglutição do creme dental pelas crianças, em virtude do risco de fluorose dentária. Quando da colocação do creme dental na escova, no momento da escovação supervisionada, na OHB, foi mostrada a cada criança e a cada responsável a quantidade suficiente para cada escovação (só um pouquinho).

Gráfico 9 - Quantidade de creme dental utilizada pelas crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF, quando da escovação dental, Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

O fluoreto é amplamente utilizado para prevenção da cárie dentária, porém, sua utilização deve ser bem avaliada. A água de abastecimento público em Fortaleza contém flúor e o creme dental também. Assim, para se sugerir a terapia com flúor, deve-se fazer avaliação de sua necessidade.

A fluorose é uma doença que acomete o germe dentário, pela presença excessiva de fluoreto durante a formação do dente. Crianças menores de nove anos de idade devem usar creme dental com flúor em pequenas quantidades (cerca de 0,3 grama, o equivalente a um grão de arroz), em razão do risco de fluorose dentária (BRASIL, 2009a).

Em estudo realizado em Piracicaba, São Paulo, Lima e Cury (2001) verificaram a intensa influência da quantidade de flúor ingerido por crianças de 20 a 30 meses de idade, sendo 55% deste advindo da escovação com dentifrício fluoretado e 45% da ingestão de água fluoretada. Como medida de precaução para diminuir esta ingestão, foi sugerida a redução da

quantidade de dentífrico utilizada para escovar os dentes, contemplando risco/benefício para a saúde pública.

Ao serem questionados acerca da limpeza entre os dentes, a maioria 25 (78%) respondeu que não a realiza. Dentre os sete (22%) que realizam, cinco (71%) utilizam o fio dental e dois (29%) utilizam a “palha de gogó”, que é um material utilizado na confecção de empalhamento de garrafas de aguardente, artesanato comum na região, conforme tabela 2. O período preferido para esta limpeza foi o momento após o almoço para seis (86%) crianças e uma (14%) criança limpava após o café da manhã e antes de dormir.

Tabela 2 - Distribuição das crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF com relação a realização da higiene do espaço interproximal, Fortaleza, 2014.

<i>Higiene do espaço interproximal</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Não realiza	25	78
Realiza	7	22

Fonte: Elaboração própria.

A higiene do espaço interproximal não se expressa como cultura de cuidado à saúde bucal para o grupo estudado, constatando-se a necessidade de intervenções que estimulem a sua prática. É interessante que os responsáveis aprendam como fazer, entendam a importância deste ato e os seus benefícios, para justificar o trabalho que terão, pois as crianças, dificilmente, conseguirão realizar este procedimento sozinhas.

Canalli (2010), em seu estudo, ao questionar as mães acerca da cárie dentária, apenas uma delas citou o fio dental como utensílio que também deve ser utilizado na higiene bucal, além do creme dental e da escova. Em outro momento, quando estas fizeram seus relatos acerca da rotina das crianças, não mencionaram seu uso diário, embora essa recomendação tenha sido ensinada e demonstrada nas atividades educativas.

6.5 Exame clínico

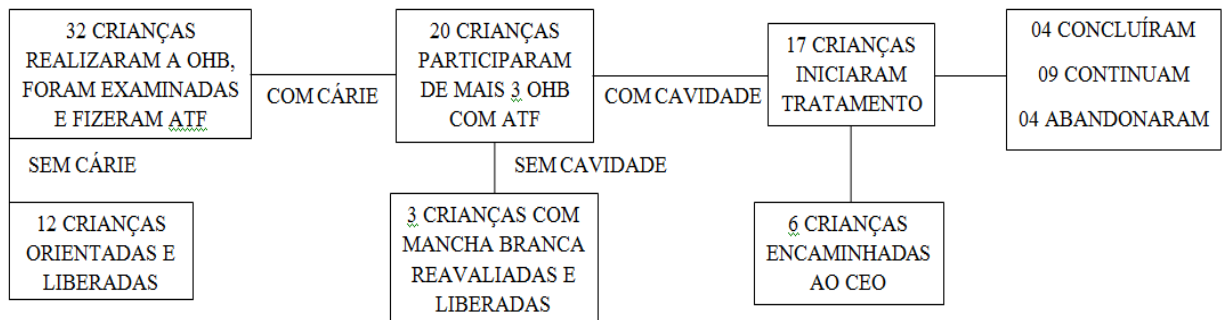
Após o exame clínico podemos verificar o índice de cárie nas crianças. Das 32 examinadas, 12 (38%) não exibiram doença cárie, realizaram a aplicação tópica de flúor e

foram orientadas a retornar para acompanhamento semestral de rotina na UAPS e 20 (62%) crianças exibiram a doença cárie, sendo direcionadas às atividades educativas de prevenção e atendimento clínico.

Das 20 (100%) crianças com a doença cárie, três (15%) registraram apenas mancha branca e foram encaminhadas somente para atividades educativas de prevenção e 17 (85%) exibiram cavidade de cárie, participando das atividades educativas de prevenção e do atendimento clínico.

Das 17 (100%) crianças com cavidade de cárie, seis (35%) foram encaminhadas para o CEO para realização de exames radiográficos, duas das quais foram também encaminhadas para a clínica de Odontopediatria, para realização de tratamento endodôntico. Todas as crianças com cavidade de cárie iniciaram o tratamento clínico. Destas, quatro tiveram o tratamento concluído, quatro abandonaram o projeto, nove continuam em tratamento e foram inseridas na agenda de atendimento da UAPS, conforme figura 3.

Figura 3- Mapa das atividades desenvolvidas por parte de cada grupo de crianças no estudo, Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

O atendimento clínico aconteceu no consultório odontológico da UAPS Dr. Pedro Sampaio, com início após a avaliação do exame clínico, priorizando-se as crianças que relataram dor, seguidas das que tinham cáries mais extensas, as com maior quantidade de cáries, as que indicaram cáries rasas e em pouca quantidade, até que todas fossem atendidas. Ao final dos momentos específicos de atendimento clínico, algumas crianças foram adicionadas ao agendamento clínico semanal da equipe, para finalização do tratamento.

A maioria das crianças cooperou com o atendimento odontológico, fato possivelmente estimulado pela interação ocorrida da equipe com elas, nos momentos lúdicos, pois, quando

se forma o vínculo na relação profissional-paciente, essa cooperação tende a acontecer (CAMPOS *et al.*, 2010).

Ao analisar os resultados do exame clínico, verificamos o quantitativo de crianças com o índice ceo-d igual a zero, que foi de 12 (38%) acrescidos das três (9%), ou seja, 15 (47%), já que os dentes sem cavidade de cárie não entram no índice e 17 (53%) crianças apresentaram ceo-d>0. O índice ceo-d das crianças estudadas foi de 2,70, conforme o quadro 4.

Quadro 4- Comparação entre a epidemiologia da cárie dentária em crianças de cinco anos nos levantamentos epidemiológicos SB Brasil (2003 e 2010), do Ceará (2004) e de Fortaleza (2006/2007) com os resultados deste estudo, Fortaleza, 2014.

	SB Brasil		SB Ceará	Levantamento epidemiológico		SB Brasil		Crianças estudadas*
Ano	2003		2004	2006/2007		2010		2014
Local	Nordeste	Brasil	Ceará	Fortaleza	SER VI	Nordeste	Brasil	Conjunto Palmeiras
Percentual (%) Ceod = 0	34.92	40.62	34.24	54.66	46.04	41.60	46.60	47.00
Índice Ceod	3,21	2,80	3,17	1,62	1,91	2,89	2,43	2,70

* As crianças estudadas pertencem a famílias beneficiárias do PBF da área adstrita da equipe de nº 640 da ESF.
Fonte: Elaboração própria.

Quando comparados os dados epidemiológicos em saúde bucal do Brasil (2003, 2010), Ceará (2004) e Fortaleza (2006/2007) com os resultados da pesquisa, verifica-se que o percentual de crianças com ceo-d igual a zero, ou seja, que não tinham cárie (47%), só está menor do que o encontrado para Fortaleza, que foi (54.66%). Se comparado ao percentual encontrado para a SER VI (46.04%), onde o bairro do estudo se localiza, encontra-se maior, evidenciando um quadro positivo com relação a este indicador. O índice ceo-d (2,70) está maior quando comparado aos índices do SB Brasil (2010) para o Brasil, de Fortaleza e da SER VI, porém encontra-se menor do que o SB Brasil 2003, tanto para o Nordeste quanto para o Brasil, o SB Ceará e o SB Brasil (2010) para o Brasil.

O componente cariado foi o que predominou no estudo, sendo responsável por 90.2% deste índice, aproximado aos resultados do SB Brasil 2010, que foi de 88.8% para a região Nordeste (BRASIL, 2011).

Com suporte no levantamento de necessidades em saúde bucal, pôde-se verificar que, dos 46 (100%) elementos dentários com cavidade, 15 (32.6%) necessitavam de restauração em uma face, 29 (61.1%) precisavam de restauração em duas ou mais faces e dois (6.3%) necessitavam de tratamento endodôntico e restauração de duas ou mais faces, conforme quadro 5.

Quadro 5 - Média das necessidades de tratamento para cárie dentária nas crianças estudadas e respectivos percentuais em relação ao total, Fortaleza, 2014.

Elementos dentários		Com Necessidade de Tratamento					
		Restauração em 1 superfície		Restauração em 2 ou mais superfícies		Trat. Pulpar mais restauração em 2 ou mais superfícies	
n	%	n	%	n	%	n	%
46	100	15	32.6	29	61.1	2	6.3

Fonte: Elaboração própria.

6.6 Índice de Higiene Oral Simplificado

O Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) permite classificar a condição de higiene bucal em grupos populacionais, visualizando placa e cálculo presentes em determinadas faces dos dentes. É possível, pois, verificar a eficiência de métodos de escovação, bem como os efeitos de programas de Educação para a Saúde Bucal. Caso o IHOS esteja de zero a um, significa que a higiene oral está satisfatória; se estiver de um a dois, significa que está regular; de dois a três, está deficiente e acima de três significa que está ruim (GREENE; VERMILLION, 1964, *apud* DIAS, 2009).

Ao verificarmos o IHOS das 32 (100%) crianças estudadas, foi-nos dado observar que a higiene oral de sete (21.9%) crianças estava satisfatória, de 15 (46.9%) crianças estava regular e de dez (31.2%) crianças estava deficiente ou ruim.

Quando separamos as crianças com cárie das crianças sem cárie, encontramos o seguinte resultado para o IHOS: Das 12 (100%) crianças sem atividade de cárie, a higiene oral de quatro (33%) crianças estava satisfatória, de cinco (42%) crianças estava regular e de três (25%) crianças estava deficiente ou ruim; das 20 (100%) crianças com atividade de cárie a higiene oral de três (15%) crianças estava satisfatória, de dez (50%) estava regular e de sete (35%) estava deficiente ou ruim, conforme quadro 6.

Quadro 6 - Distribuição das crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF mediante IHOS, Fortaleza, 2014.

Crianças do estudo		IHOS					
		$0 \geq 1$		$1 \geq 2$		> 2	
	N	n	%	n	%	n	%
Todas as Crianças	32	7	21.9	15	46.9	10	31.2
Crianças sem atividade de cárie	12	4	33	5	42	3	25
Crianças com atividade de cárie	20	3	15	10	50	7	35

*p<0.001, teste Qui-quadrado.

Fonte: Elaboração própria.

Os dados acima sugerem que o IHOS influenciou significativamente o perfil de dentes com necessidade de tratamento.

Para prevenir a cárie, deve-se buscar o equilíbrio biológico com assento na instituição do “controle periódico” de placa, permitindo o restabelecimento do equilíbrio da desmineralização-rem mineralização, impedindo que novas lesões atinjam a irreversibilidade (LIMA, 2007).

Associar atividades de Educação em Saúde, evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada periódica e aplicação tópica de flúor se faz necessário para motivar o paciente para o autocuidado em saúde bucal, corroborando o estudo de Barros (2007), ao

citar que o profissional precisa fazer com que o paciente se ache responsável por seus cuidados de higiene, e sugere ser a motivação que responde pela mudança de hábito.

6.7 Associação entre as variáveis e os índices ceo-d e IHOS

Ao associar o índice ceo-d das crianças com a escolaridade de suas mães é possível observar que, das 15 (100%) crianças com **ceo-d=0**, sete (46.7%) tinham mãe que cursaram o ensino fundamental incompleto, duas (13.3%) tinham mãe que cursaram o ensino fundamental completo, três (20%) tinham mãe com ensino médio incompleto e três (20%) tinham mãe com ensino médio completo. Das 17 (100%) crianças com **ceo-d>0**, ou seja, com lesão de cárie, uma (5.9%) tinha mãe analfabeta, duas (11.8%) tinham mãe que sabe ler e escrever o nome, oito (47%) tinham mãe com ensino fundamental incompleto, três (17.6%) tinham mãe com ensino fundamental completo, uma (5.9%) tinha mãe com ensino médio incompleto e duas (11.8%) tinham mãe com ensino médio completo, conforme tabela 3.

Os resultados associados a escolaridade evidenciam que crianças cujas mães possuem baixa escolaridade, de analfabeta até ensino fundamental incompleto, mostram maior índice de cárie, corroborando Moreira, Nations e Alves (2007), quando referem que pessoas pobres, com baixa escolaridade, têm condição bucal desfavorável.

Ao associar o IHOS e a escolaridade da mãe das crianças, podemos observar que, das sete crianças que apresentaram **IHOS 0 > 1**, duas (28.6%) delas tinham mãe com ensino fundamental incompleto, duas (28.6%) tinham mãe com ensino fundamental completo, duas (28.6%) tinham mãe com ensino médio incompleto, uma (14.2%) criança tinha mãe com ensino médio completo. Das 15 crianças que apresentaram **IHOS 1 ≥ 2**, uma (6.7%) criança tinha mãe que sabe ler e escrever o nome, 11 (73.3%) crianças tinham mãe com ensino fundamental incompleto, uma (6.7%) criança tinha mãe com ensino médio incompleto e duas (13.3%) tinham mãe com ensino médio completo. Das dez crianças que apresentaram **IHOS >2**, uma (10%) tinha mãe analfabeta, uma (10%) tinha mãe que sabe ler e escrever o nome, duas (20%) crianças tinham mãe com ensino fundamental incompleto, três (30%) crianças tinham mãe com ensino fundamental completo, uma (10%) criança tinha mãe com ensino médio incompleto e duas (20%) crianças tinham mãe com ensino médio completo, conforme tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das crianças de cinco anos da área adstrita da equipe de nº 640, beneficiárias do PBF mediante escolaridade da mãe e índices ceo-d e IHOS das crianças estudadas, Fortaleza, 2014.

Variável	Categorias	n	%	ceo-d = 0		ceo-d > 0		p-Valor	IHOS 0 ≥ 1		IHOS 1 ≥ 2		IHOS > 2		p-Valor
				n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Grau de Instrução da Mãe	Analfabeto	1	3.4	-	-	1	5.9	0,499	-	-	1	10	0.189		
	Sabe ler e escrever o nome	1	3.4	-	-	2	11.8	-	1	6.7	1	10			
	Ensino Fundamental incompleto	15	51.8	7	46.7	8	47.0	2	28.6	11	73.3	2	20		
	Ensino Fundamental completo	4	13.8	2	13.3	3	17.6	2	28.6	-	3	30			
	Ensino Médio incompleto	4	13.8	3	20.0	1	5.9	2	28.6	1	6.7	1	10		
	Ensino Médio completo	4	13.8	3	20.0	2	11.8	1	14.2	2	13.3	2	20		
Total		29	100	15	100	17	100	7	100	15	100	10	100		

Obs.: O valor n de mães é 29 e o n de crianças é 32.

Fonte: Elaboração própria.

Das 32 (100%) crianças, 12 (37.5%) não apresentaram cárie, mesmo sendo crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, 11 (91.7%) das quais com renda familiar de até um salário-mínimo, 20 (62.5%) apresentaram cárie, 14 (70%) das quais com renda familiar de até um salário-mínimo.

7 CONCLUSÕES

A renda familiar média é de até um salário-mínimo para 28 (97%) das famílias do estudo.

A escolaridade que predomina, tanto para mães quanto para pais das crianças, é o ensino fundamental incompleto, sendo, respectivamente, 52% e 45%.

A mãe é a principal responsável por acompanhar a criança à unidade de saúde 26 (90%), representando uma parcela significativa no desenvolvimento de atitudes de cuidado à saúde bucal, verificando-se ser destas a orientação às crianças em relação aos hábitos de higiene bucal 28 (88%). Constatamos a importância da atuação da equipe de saúde bucal em contextos ampliados, mobilizando competências e habilidades no sentido de motivação das mães para participação em atividades que envolvam o autocuidado, para a melhoria na qualidade da saúde da família.

Ao se verificar a escolaridade das mães em relação à presença de cavidade de cárie, tem-se que, das 17 (100%) crianças que apresentaram cavidade de cárie, 11 (64.7%) crianças tinham mãe que não estudou e/ou estudou menos do que o ensino fundamental completo. Das 15 (100%) crianças que não apresentaram cavidade de cárie, sete (46.7%) tinham mãe que estudou menos do que o ensino fundamental completo. Com esses resultados, pode-se observar que o maior índice de cárie entre as crianças estudadas se concentra em mães com grau de escolaridade de até ensino fundamental incompleto.

Assim a importância de se orientar as mães na busca de uma escolaridade mais avançada e o que fazer para manter a saúde bucal por meio de instruções de como realizar a higiene oral de seus filhos e hábitos culturais nocivos para a saúde bucal.

As 32 crianças informaram possuir uma escova de dente de uso individual, sendo que 23 (72%) realizam a escovação dental sozinhas, 18 (56%) realizam duas vezes ao dia, pela manhã e à noite. A maioria, 25 (78%), não realiza a higiene interdental.

As 32 crianças participaram de atividades de Educação em Saúde, realizaram a evidência de placa bacteriana, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor. Destas, 12 (38%) não relataram doença cárie e foram liberadas. Três (9%) crianças apresentaram mancha branca de cárie e foram direcionadas às atividades educativas de prevenção e 17 (53%) crianças tinham cavidade de cárie, sendo direcionadas às atividades educativas de prevenção e atendimento clínico.

Quanto ao IHOS, das 32 (100%) crianças estudadas, sete (21.9%) exibiram higiene oral satisfatória, 15 (46.9%) higiene oral regular e dez (31.2%) crianças registraram higiene oral deficiente ou ruim.

Todas as crianças com cárie iniciaram o tratamento clínico. Destas, quatro tiveram o tratamento concluído, quatro abandonaram o projeto, duas foram encaminhados ao CEO para a realização do tratamento endodôntico e ainda não retornaram e dez crianças continuaram em tratamento.

Este estudo foi interessante no sentido do apoio às famílias com o fito de superar a vulnerabilidade aos agravos na saúde bucal, deflagrando a intervenção precoce no processo carioso, por meio do reforço do direito de acesso destas famílias aos serviços básicos de saúde bucal e Educação em Saúde, aparecendo como um dos caminhos para a conquista da prevenção da cárie dentária e melhoria da qualidade da saúde bucal das famílias em situação de pobreza.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A.; JESUS, W. L. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 654-658, 2006.
- ALMEIDA, T. F.; COUTO, M. C.; OLIVEIRA, M. S.; RIBEIRO, M. B.; VIANNA, M. I. P. Ocorrência de cárie dentária e fatores associados em crianças de 24 a 60 meses residentes em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, em Salvador-BA, 2008. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 39, n. 6, p. 355-362, 2010.
- ALVES, H. J. **Programa Bolsa Família, Saúde da Família e processos de exclusão e inclusão social: um estudo de caso no município de Silva Jardim (RJ)**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A.; MELLO, T. R. C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 79-87, 2006.
- ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; THERRIEN, S. M. N. Educação em saúde: reflexões para promoção da vigilância à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap. 33. p. 633-651.
- ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; SILVA, M. J. E. S. **Portfólio: como trabalhar com o método de oficinas**. Fortaleza: UECE, 2005.
- ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; SOUZA, S. M. F.; SAMPAIO, M. L. V. (Org.) **Narrativas: a música nas imagens do cuidar em educação popular**. 1.ed. Fortaleza: EDUECE, 2008.
- BANDEIRA, M. N. C. (Org.). **Interfaces do cuidado e interdisciplinaridade**. Fortaleza: EDUECE. 2008.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARROS, C. N. **Análise de duas linhas pedagógicas aplicadas à educação para saúde bucal de crianças em idade escolar (6 a 8 anos)**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- BARTHES, R. *et al.* **Análise estrutural da narrativa**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BENJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BRASIL. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Brasília, DF, 1997.
- _____. Portaria nº 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Governo Federal. Lei nº 10836. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm>. Acesso em: 15 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004c. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: síntese de indicadores 2007. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009a. (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Decreto nº 6.917, de 30 de julho de 2009. Altera os arts. 18, 19 e 28. DOU de 31/07/2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Programa Bolsa Família**: critérios de inclusão. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/criterios-de-inclusao>. Acesso em: 6 jul. 2013.

BUSS, P. M.; PELEGRINI, F. A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>>. Acesso em: 24 mar. 2013.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CALVO, A. F. B. **Efeito do tempo de aplicação profissional de flúor fosfato acidulado em gel na desmineralização do esmalte de dentes decíduos e permanentes**. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2011.

CAMPOS FILHO, A. C. **Transferência de renda com condicionalidades e desenvolvimento de capacidades: uma análise à partir da integração dos programas Bolsa Família e Vida Nova no Município de Nova Lima.** Tese (doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, C. C. *et al.* **Clínica odontológica infantil: passo a passo.** Goiânia: UFG, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANALLI, C. S. E. **Fatores não biológicos associados à cárie dentária: um estudo qualitativo em odontopediatria.** 2010. 91 f. Dissertação (mestrado) - Universidade do Grande Rio, Duque de Caxias, 2010.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará – SBCeará: resultados principais.** Fortaleza, 2004.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

CIMÕES, R.; CALDAS JÚNIOR, A. F.; SOUZA, E. H. A.; GUSMÃO, E. S. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1691-1696, 2007.

COSTA, S. M. **Determinantes sociais da cárie dentária em adultos de municípios do entorno de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** 2012. 224 f. Tese (doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

CURY, J. A.; NARVAI, P. C.; CASTELLANOS, R. A.; FORNI, T. I. B.; JUNQUEIRA, S. R.; SOARES, M. C. **Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS-SP em função do risco de cárie dentária.** 2000. Disponível em:<

DATASUS. **Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB).** Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2012. Município: Fortaleza. Segmento: 06 - SER 6 - (zona urbana) Equipe: 0640 - Jangurussu 7.

DIAS, G. G. **Avaliação da efetividade de um programa de controle de placa dento bacteriana em pacientes autistas.** São Paulo, 2009. 59 f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DOMINGOS, P. A. S.; RIBEIRO, D. G.; DINELLI, W.; STAUFACKAR, C. A.; CAMPOS, J. Á. D. B. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal de crianças em um município brasileiro. **Arq. Odontol.**, v. 45 n. 2, abr./jun. 2010.

FERREIRA, H. S. **Redação de trabalhos acadêmicos nas áreas das ciências biológicas e da saúde.** Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

FONTANA, M.; YOUNG, D. A.; WOLFF, M. S.; PITTS, N. B.; LONGBOTTOM, C. Defining Dental Caries for 2010 and Beyond. **Dent. Clin. North Am.**, v. 54, n. 3, p. 423-440, 2010. Disponível em: <www.mmclibrary.com/Defining_Dental_Caries_for_2010_and_Beyond.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Caderno de adscrição do território de atuação das equipes de saúde da família**. Fortaleza, 2009.

FORTALEZA. Secretaria de Saúde do Município. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Fortaleza-CE, 2006-2007. **Bol. Epidemiol.**, Fortaleza, 37 p., 2010.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 2006.

GÜNTHER, H. **Como elaborar um questionário**. Brasília: Instituto de psicologia, 2003.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. Disponível em: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/CRecomenda.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Perfil Municipal de Fortaleza. Tema VIII: O Mapa da Extrema Pobreza**. Fortaleza, 2012. (Informe, n. 43).

KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira, a base de tudo**. 3. ed. São Paulo: Cortês, 1998.

KEYES, P. H. Recent advances in dental research: bacteriology. **Int. Dent. J.**, v.12, n.4, p.443-464, Dec. 1962.

KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; ROMANO, A. R. **Promoção de saúde bucal em Odontopediatria: diagnóstico, prevenção e tratamento de cárie oclusal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

LAGRECA, B. T. **Avaliação dos fatores de risco associados à doença carie dentária que incidem sobre a população de escolares em Xerém-Duque de Caxias**. Dissertação (mestrado) – Universidade do Grande Rio, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, 2007.

LALONDE, M. El concepto de “campo de La salud” uma perspectiva canadense. In: OPAS. **Promoción de La salud: uma antologia**. Washington, 1996.

LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. **R. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, nov./dez. 2007.

LIMA, Y. B. O.; CURY, J. A. Ingestão de flúor por crianças pela água e dentifrício. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 576-581, 2001.

LINDGREN, R.; HENFRIDSSON, O.; SCHULTZE, U. Design Principles for Competence Management Systems: a Synthesis of an Action Research Study. **MIS Quarterly**, v.28, n.3, Sept. 2004.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1383-1392, jun. 2007.

NARVAI P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.

NEWBRUN, E. **Cariologia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1988.

OLIVEIRA, L. B.; CURY, J. A. Ingestão de flúor por crianças pela água e dentifrício. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 576, 2001.

OLIVEIRA, L. J. C.; CORREA, M. B.; NASCIMENTO, G. G.; GOETTEMS, M. L.; TARQUÍNIO, S. B. C.; TORRIANI, D. D.; DEMARCO, F. F. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1039-1047, 2013.

OMS. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**: manual de instruções. 4. ed. Genebra, 1997.

OREM, D. E. **Nursing**: concepts of pratica. 5th ed. St Louis: Morby, 1995.

OSTROWER, F. **Universos da arte**. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

POCHMANN, M.; AMORIN, R. (Org.). **Atlas da exclusão social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2002.

POLITO, A. G. **Michaelis moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2004.

REMOR, C. B.; PEDRO, V. L.; OJEDA, B. S.; GERHARDT, L. M. Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 786-792, 2009.

SALES, C. M. V. *et al.* **Feminismo**: memória e história. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2000.

SELWITZ, R. H.; ISMAIL, A. I.; PITTS, N. B. Dental Caries. **Lancet**, v. 369, p. 51-59, 2007.

SILVA, D. M. G. V. **Narrativas do viver com Diabetes Mellitus**: experiências pessoais e culturais. Florianópolis: Ed. UFSC, 2001.

SOUZA, M. A. A.; VIANNA, M. I. P.; CANGUSSU, M. C. T. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, v. 6, n. 3, p. 309-317, 2006.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 4. ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1988.

THOMAS, I. L. **Taste genes predict tooth decay**. Alexandria, VA: International Association for Dental Research/ American Association for Dental Research, 2010. Disponível em: <http://www.iadr.org/files/public/JDR_GenesandToothDecay.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2013.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. Diferentes conceitos da cárie dentária e suas implicações. In: THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia clínica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1995. p. 209-217.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Convidamos o (a) Sr (a) e a criança sob sua responsabilidade para participarem da Pesquisa “Cárie em crianças com idade índice de cinco anos que vivem em famílias em situação de pobreza: Programa Bolsa Família”, sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Cecília Esmeraldo Barreira de Almeida, a qual pretende “Controlar a cárie dentária em crianças na idade índice de cinco anos, pertencentes a famílias que participam do programa Bolsa Família, da área rosa”.

O Sr. (Sr^a.) e a criança não devem participar contra a vontade. Faça qualquer pergunta que sentir necessidade.

Para participar o Sr. (Sr^a.) e a criança precisam “Responder a perguntas sobre sua identificação e da criança sob sua responsabilidade, bem como os hábitos de higiene bucal e hábitos alimentares da criança. A dra. Cecília vai olhar a boca da criança para ver se tem cárie ou se precisa de tratamento dental”. A criança participará de encontros para aprender a limpar melhor os dentes, cuidar da alimentação e, se precisar, será realizado o tratamento dental.

Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras, como conversar, escovar os dentes, ir à consulta com o dentista etc..

Se depois de consentir em sua participação o(a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade e de sua criança não serão divulgadas, sendo guardadas em sigilo.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço (Av. Iracema, nº 1516, Conjunto Palmeiras, Fortaleza-Ce), pelo telefone (85) (31051767), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFC. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza (CE). Fone: (85) 33668344.

Consentimento Pós-Informação

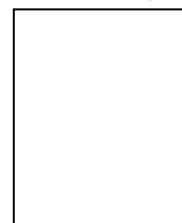
Eu, _____, fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e por que precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo que meu filho(a)/ neto (a) participe do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ____/ ____/ ____

Assinatura do participante

Impressão do dedo polegar

Assinatura da Pesquisadora Responsável



APÊNDICE B - Termo de Assentimento (no caso do menor)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa chamada “Cárie em crianças com idade índice de cinco anos que vivem em famílias em situação de pobreza: Programa Bolsa Família”. Neste estudo queremos: olhar a sua boca para ver se você tem sujo no dente, cárie e se precisa melhorar o jeito de limpar os dentes, se precisa aplicar flúor para proteger seus dentes ou se precisa tratar a cárie.

Para este estudo você vai responder a umas perguntas sobre você, sobre como cuida da sua boca, o seu jeito de escovar os dentes e as coisas que você costuma comer. Vou olhar a sua boca para ver se tem cárie, que é um burquinho no dente, e para ver se você precisa tratar os dentes. Vamos brincar e aprender algumas coisas legais.

Para você participar deste estudo, o seu pai, sua mãe, seu avô ou sua avó precisa autorizar e assinar um termo de consentimento (documento). O responsável por você poderá desistir do consentimento ou parar a sua participação a qualquer momento.

Você não vai gastar e nem receber nenhum dinheiro. Você pode perguntar qualquer coisa que desejar

Você só participa se quiser e, caso não queira, não haverá nenhum problema ou modificação na forma em que é atendido (a) pela dra. Cecília, que não irá contar nada que você disse ou fez para ninguém.

Este estudo apresenta risco muito pequeno, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, escovar os dentes, ir à consulta com o dentista etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Se você quiser saber dos resultados da pesquisa é só me pedir. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem o responsável por você permitir.

Este termo de consentimento (documento) encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será guardada pelo pesquisador responsável, e a outra será dada a você.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – UFC, na Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza (CE), Fone: (85) 33668344. Pesquisador(a) Responsável: Ana Cecília Esmeraldo Barreira de Almeida. Endereço: Rua Iracema, nº 1516, Conjunto Palmeiras. Fortaleza-Ce, Fone: (85) 31051767.

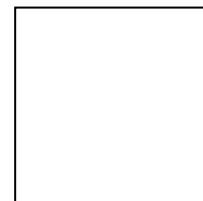
Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações (perguntar coisas), e o meu responsável poderá desistir de participar se quiser. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento (documento) e pude ler e tirar as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 20____ .

Impressão do dedo polegar

Assinatura do(a) menor

Assinatura do responsável



APÊNDICE C - Questionário para verificação de hábitos



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Número do Questionário: _____

Data da entrevista: Dia Mês Ano

1- Dados da criança e sua família:

Nome Criança _____ Sexo: M F

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: anos Ano escolar:

Nome do responsável: _____ Grau de parentesco: _____

Nome da mãe: _____

Grau de instrução: Analfabeto Sabe ler e escrever o nome

Ensino Fundamental

Série 1^a 2^a 3^a 4^a 5^a 6^a 7^a 8^a 9^a

Ensino Médio Outro: _____

Série 1^a 2^a 3^a

Nome do pai: _____

Grau de instrução: Analfabeto Sabe ler e escrever o nome

Ensino Fundamental

Série 1^a 2^a 3^a 4^a 5^a 6^a 7^a 8^a 9^a

Ensino Médio Outro: _____

Série 1^a 2^a 3^a

Mãe: Solteira Casada com o pai Casada com outro

Divorciada Viúva Outro Qual? _____

Criança mora com: Pais Mãe Pai Avós

Outro Qual? _____

Quem é o responsável financeiro? Homem Mulher

Qual a renda mensal média da família?

Até 1 salário mínimo De 1 a 2 salários mínimos Outro Qual? _____

Quantas pessoas moram na sua casa? Pessoas

Quantos cômodos tem sua casa? Cômodos

Telefone de contato: _____

2- Dados de identificação da equipe de saúde

Conhece a equipe de saúde responsável pelo atendimento a sua área?

Médico(a) Sim Não Sabe o nome? _____

Enfermeiro(a) Sim Não Sabe o nome? _____

Dentista Sim Não Sabe o nome? _____

3- Hábitos de higiene bucal da criança:

Você escova os dentes? Sim Não

Quem te ajuda a escovar? Escova sozinho Com ajuda Quem? _____

Com quantos anos começou a escovar sozinho?

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

1 2 3 4 5 6 7 8 Não sei

Quem te ensinou a escovar os dentes?

Dentista Mãe Pai Outro Quem? _____

Você tem uma escova de dentes só pra você? Sim Não

Você divide sua escova com alguém? Pai Mãe Irmãos Avós

Outros Quem? _____ Não divide

Você escova os dentes com pasta de dente? Sim Não

Qual pasta utiliza? Infantil A mesma da família Não usa

Qual quantidade de pasta utiliza?

Cobre totalmente as cerdas Cobre mais da metade das cerdas

Cobre metade das cerdas Cobre menos da metade das cerdas

Quantas vezes ao dia escova os dentes? Nenhuma 1 vez 2 vezes

3 vezes ou mais

Em que horários você escova? Ao acordar Após o café da manhã

Após o almoço Após o jantar Antes de dormir

Outro Qual? _____

O que usa para limpar entre os dentes?

Nada Palito Fio dental Outros O quê? _____

Quantas vezes ao dia limpa entre os dentes?

Nunca 1 vez 2 vezes 3 vezes ou mais

Em que horário limpa entre os dentes?

Manhã Tarde Noite

APÊNDICE D - Ficha de Exame – Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC
 REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
 CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome da criança: _____ Idade: _____

Exame clínico 1

Realizado por: _____ Data _____

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																
Tratamento																

			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa																
Tratamento																

Está sentindo dor em algum dente? Sim Qual? Não

Exame clínico 2

Realizado por: _____ Data _____

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																
Tratamento																

			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa																
Tratamento																

Está sentindo dor em algum dente? Sim Qual? Não

APÊNDICE E – Orientações - exame clínico da cárie dentária em criança

Quadro-resumo dos códigos para orientação do preenchimento da ficha do exame epidemiológico, em relação à cárie dentária.

Código		Condição/estado
Dente Decíduo	Dente Permanente	
A	0	Hígido
B	1	Mancha branca (desmineralização)
C	2	Cariado
D	3	Restaurado mas com cárie
E	4	Restaurado e sem cárie
F	5	Apresenta selante
G	6	Não erupcionado
T	T	Perdido
H	8	Trauma (fratura)

Quadro-resumo dos códigos para orientação do preenchimento da ficha do exame epidemiológico, em relação à necessidade de tratamento.

Código	Tratamento
0	Nenhum
1	Escovação supervisionada
2	Terapia com flúor
3	Restauração 1 face
4	Restauração 2 ou mais faces
5	Solicitar radiografia
6	Encaminhar odontopediatria
7	Encaminhar endodontia

Fonte: adaptado pela pesquisadora do **projeto sb2010**: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador (BRASIL, 2009).

APÊNDICE F - Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome da criança: _____ Idade: _____

Índice de placa (PL), Índice de cálculo (CÁLC) e IHOS

Data	16 V		11 V		26 V		36 L		31 V		46 L		ÍNDICE		IHOS		Examinador
	PL	CÁLC	PL	CÁLC	PL	CÁLC	PL	CÁLC	PL	CÁLC	PL	CÁLC	PL	CÁLC	PL + CÁLC		

Fonte: Adaptado pela pesquisadora de DIAS (2009).

Caso a criança ainda não apresente algum dente permanente, este será trocado pelo similar decíduo e anotado na ficha, de modo que não comprometa o cálculo do índice.

Exemplo: 16-55; 11-51; 26- 65; 36-75; 31-71; 46-85.

APÊNDICE G - Orientações - Índice de Higiene Oral Simplificado

Este índice é a combinação do índice de placa e do índice de cálculo.

São utilizados os seguintes critérios para a verificação dos **índices de placa**.

Grau 0 – Ausência de placa bacteriana ou mancha extrínseca.

Grau 1 – Presença de placa cobrindo não mais de 1/3 da superfície examinada.

Ausência de placa, mas presença de mancha extrínseca.

Grau 2 – Presença de placa cobrindo mais de 1/3, porém não mais de 2/3 da superfície examinada.

Presença ou ausência de mancha extrínseca.

Grau 3 – Presença de placa cobrindo mais de 2/3 da superfície examinada.

São utilizados os seguintes critérios para a verificação dos **índices de cálculo**.

Grau 0 – Ausência de cálculo supra ou subgingival.

Grau 1 – Presença de cálculo supragengival cobrindo não mais de 1/3 da superfície examinada.

Grau 2 – Presença de cálculo supragengival cobrindo mais de 1/3, porém não mais de 2/3 da superfície examinada.

Presença de pequenas porções de cálculo subgingival em torno da área cervical do dente.

Grau 3 – Presença de cálculo supragengival cobrindo mais de 2/3 da superfície examinada.

Presença de faixa contínua de cálculo subgingival ao longo da região cervical do dente.

Os índices de placa e cálculo são obtidos através da soma dos valores encontrados dividido pelo número de superfícies examinadas.

A avaliação das condições de higiene oral é feita somando-se o índice de placa com o índice de cálculo. Assim, se a soma for entre 0 e 1 significa que está satisfatória.

Se for acima de 1 até 2 significa que está regular. Acima de 2 até 3 está deficiente.

Caso a soma dos índices de placa e cálculo estiver acima de 3 a condição de higiene oral está ruim.

(Greene e Vermillion, 1964, *apud* DIAS, 2009).

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CÁRIE EM CRIANÇAS COM IDADES ÍNDICE DE 5 E 12 ANOS QUE VIVEM EM FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE POBREZA

Pesquisador: ANA CECÍLIA ESMERALDO BARREIRA DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19091413.2.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 461.874

Data da Relatoria: 20/11/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado da aluna Ana Cecília Esmeraldo Barreira de Almeida orientada pela Profa. Maria Fátima Maciel Araújo. A pesquisa parte do princípio de que cárie dentária, doença que atinge grande parte da população brasileira, se evidencia como um dos principais problemas de saúde bucal, apresentando elevados índices entre crianças de cinco e 12 anos, membros de famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza, que vivem em precárias condições socioeconômicas e sanitárias. Trata-se de uma pesquisa-ação de caráter intervencionista, que terá como cenário o universo-domiciliar de famílias cadastradas em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família contando com 123 crianças distribuídas nas idades de 5 e 12 anos, sendo a escolha das famílias intencional. Todas as famílias devem ser participantes do programa Bolsa-família. A coleta de dados se dará no período de novembro 2013 a fevereiro 2014, constando das seguintes fases: aplicação de questionário contemplando perguntas que serão respondidas pela criança, ajudada pelo responsável, acerca da identificação da família e da criança; exame odontológico para diagnóstico da cárie dentária; exame para verificação do índice de higiene oral simplificado e programação de agenda para intervenção/tratamento. Além disso, as crianças participarão de momentos de educação em saúde através das rodas brincantes, onde a elaboração das atividades será realizada com base na análise das respostas das famílias aos questionários, para que os

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2003

E-mail: comape@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 481.874

objetivos de aprendizagem de cada roda estejam de acordo com as necessidades do grupo em estudo. As análises de comparação antes e depois da intervenção, com relação ao entendimento do significado e importância da prevenção da cárie dentária e adoção de bons hábitos alimentares, o Índice de Higiene Oral Simplificado, bem como a relação existente entre cárie dentária e as variáveis relacionadas aos dados das crianças e família, hábitos de higiene e alimentares serão realizadas por meio dos testes não paramétricos de Qui-Quadrado e de razão de verossimilhança. Serão consideradas como estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$. Os dados serão processados no SPSS versão 20.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Controlar a cárie dentária em crianças nas idades Índice de cinco e doze anos que vivem na pobreza, pertencentes a famílias cadastradas em uma equipe da Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Secundário: Identificar o perfil epidemiológico da cárie dentária nas crianças e a necessidade de tratamento odontológico Verificar a existência de associação entre cárie dentária e as variáveis relacionadas aos dados das crianças e família, hábitos de higiene e hábitos alimentares da criança Executar intervenções clínicas de tratamento odontológico para redução da cárie dental e sua prevenção nas crianças Executar intervenções de prevenção da cárie a partir do estímulo ao autocuidado Verificar a nova realidade, com relação à cárie dentária e necessidades de tratamento, após a intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa são mínimos e relacionados a qualquer atendimento clínico ou de educação em saúde, como caminhar até o local de desenvolvimento do projeto e conviver em sociedade. A intervenção no processo carioso por meio de ações de diagnóstico, prevenção e reabilitação em crianças em idades índices de cinco e 12 anos em famílias em situação de pobreza configura o potencial benefício da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possibilita maior acesso destes pacientes ao atendimento odontológico podendo haver redução dos índices de cárie dentária e/ou necessidades de tratamento odontológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou ao CEP: folha de rosto, projeto, TCLE, orçamento, carta de encaminhamento, cronograma, autorizações dos locais de execução e concordância dos pesquisadores envolvidos.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-370
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-6344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 461.074

Recomendações:

Não há Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 20 de Novembro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2003 E-mail: compe@ufc.br

ANEXO B – Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza



PREFEITURA DE MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Processo Nº 3107105533028/2013

Título do projeto de pesquisa: **CÁRIE EM CRIANÇAS COM IDADES ÍNDICE DE CINCO A DOZE ANOS QUE VIVEM EM FAMILIAS EM SITUAÇÃO DE POBREZA**

Pesquisador (a): responsável: **ANA CECILIA ESMERALDO BARREIRA DE ALMEIDA**

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC**

A Coordenação de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenação de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 30 de agosto de 2013.

Maria Ivanília T. Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó
 Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

