



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

**DÍRLIA SILVA CARDOSO MACAMBIRA**

**AÇÕES DA ODONTOLOGIA EM CONSULTAS DE PUERICULTURA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FORTALEZA-CE**

**2016**

DÍRLIA SILVA CARDOSO MACAMBIRA

AÇÕES DA ODONTOLOGIA EM CONSULTAS DE PUERICULTURA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Emília Soares Chaves

FORTALEZA-CE

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- M112a Macambira, Díríia Silva Cardoso.  
Ações da Odontologia em consultas de Puericultura na Estratégia Saúde da Família /  
Díríia Silva Cardoso Macambira. – 2016.  
65 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,  
Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Prof. Dr. Emília Soares Chaves .
1. Saúde bucal. 2. Criança. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD 610.73

---

**DÍRLIA SILVA CARDOSO MACAMBIRA**

**AÇÕES DA ODONTOLOGIA EM CONSULTAS DE PUERICULTURA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

**BANCA EXAMINADORA:**

*Emília Soares Chaves*

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Emília Soares Chaves (Presidente e Orientadora)  
Universidade da Integração Internacional da  
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB/RENASF

*Edmara Chaves Costa*

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Edmara Chaves Costa (Membro Efetivo)  
Universidade da Integração Internacional da  
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

*Ana Caroline R. M. Leite*

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Caroline Rocha de Melo Leite (Membro Efetivo)  
Universidade da Integração Internacional da  
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Aprovada em: 12 / 08 / 16

Fortaleza-CE

Dedico estas páginas aos colegas cirurgiões-dentistas, em especial aqueles que atuam na área da Saúde Coletiva, a fim de que se sintam mais motivados a desempenhar suas ações de promoção em saúde bucal.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, que dá sentido a tudo que faço, e sempre derrama graças maravilhosas em minha vida, agradeço por mais este sonho realizado.

Aos meus pais Francisco Valdir Cardoso e Célia Maria Silva Cardoso, minha gratidão por todo investimento em minha educação e na dos meus irmãos, por me apoiarem sempre em meus projetos profissionais.

Aos meus irmãos Rogério Silva Cardoso, Régis Silva Cardoso e Robson Silva Cardoso, que também me incentivaram e acreditaram em mim.

Ao meu esposo, Paulo Angelo de Souza Macambira, por toda ajuda, compreensão, apoio e companheirismo.

À minha querida filha Isabela Cardoso Macambira, por compreender as vezes que não pude estar presente em suas brincadeiras.

Às Profas. Dras. Neiva Francenely Cunha Vieira e Renata de Sousa Alves, coordenadora e vice-coordenadora do MPSF-UFC, que nos guiaram nesta caminhada rumo ao aprimoramento profissional.

À Profa. Dra. Emília Soares Chaves, minha orientadora, por toda dedicação, compromisso e paciência no exercício desta função.

À Profa. Dra. Edmara Chaves Costa, por todo empenho, interesse e disponibilidade em ajudar em importantes etapas da pesquisa.

Às Bancas Examinadoras da qualificação e da defesa, por todas as considerações que trouxeram visando o aperfeiçoamento do trabalho.

Aos Professores do MPSF-UFC, pelos relevantes ensinamentos que agregaram a nossa formação de mestres.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem-UFC, em especial a funcionária Suerda, exemplo de dedicação ao trabalho e competência.

Aos meus colegas do MPSF-UFC, com quem convivi durante estes dois anos, pela amizade e alegrias compartilhadas.

À Profa. Mestre Alana de Souza Macambira, docente exemplar, pela generosidade e contribuição para este trabalho.

Às Enfermeiras da ESF Andréa e Cícera, por terem disponibilizado informações importantes a fim de que a pesquisa se concretizasse.

Aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Nazaré, Ana, Fabiana, Kátia, Fátima, Joélia, Emanuele, Jorge, Aparecida, Vanda, Valdiana, Bárbara, Daniele, Margarida, por todo empenho e trabalho na etapa de coleta dos dados.

Às Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), Núbia, Nara e Vera, pelo apoio na organização e esterilização dos instrumentais odontológicos.

Agradeço ainda a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho.

“Aceita a instrução desde teus jovens anos; ganharás uma sabedoria que durará até a velhice. Vai ao encontro dela, como aquele que lavra e semeia, espera pacientemente seus excelentes frutos; terás alguma pena em cultivá-la, mas, em breve, comerás os seus frutos.”

Eclesiástico 6, 18-20.



## RESUMO

As consultas de puericultura oportunizam ao cirurgião-dentista abordar a promoção em saúde bucal junto aos pais, desde o nascimento dos bebês, principalmente ao atuar de forma interdisciplinar. A prevenção das doenças bucais, desde o primeiro mês de vida, é relevante, pois a cárie dentária na dentição decídua é preditor de risco para cárie na dentição permanente. Objetivou-se analisar ações de saúde bucal desenvolvidas em consultas de Puericultura da Estratégia Saúde da Família, em uma unidade primária de saúde no município de Fortaleza-CE. Estudo quantitativo, observacional, transversal comparativo. A amostra de 62 crianças com seus respectivos pais/cuidadores foi dividida em dois grupos: com puericultura odontológica e sem puericultura odontológica. Realizou-se exame clínico odontológico nas crianças e entrevista com os pais/ cuidadores. Os dados foram organizados no Programa Microsoft Excel® 2013, processados no EpiInfo versão 7 e analisados utilizando-se os testes t-student e Mann-Whitney. Para a análise de variância foi aplicado o teste de Bartlett. O teste qui-quadrado foi aplicado nas variáveis qualitativas e o teste exato de Fisher, quando valores esperados menores que 5. O nível de significância adotado para os testes foi menor que 5%. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, sob número de parecer 1269635. O índice de cárie foi menor no grupo com puericultura odontológica (ceod 0,8) do que no grupo sem puericultura odontológica (ceod 2,2) na faixa etária de 4 a 6 anos de idade. Na avaliação dos conhecimentos e práticas dos pais, o grupo com puericultura odontológica demonstrou maior adesão e frequência diária de escovação dentária ( $p=0,01$ ); maior quantidade de crianças com 1ª consulta ao dentista ( $p=0,00$ ); menor consumo diário de açúcar e doces, e maior consumo de verduras e suco sem açúcar. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quando os valores das alterações gengivais foram comparados. As ações do cirurgião-dentista em consultas de puericultura na Unidade pesquisada foram eficazes sob vários aspectos, contudo alguns pontos necessitam ser revistos, a fim de que os temas sejam mais bem esclarecidos junto aos pais/cuidadores.

**Palavras-chave:** Saúde bucal. Criança. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

Childcare queries creates opportunities to the surgeon-dentist to address aspects of promoting oral health with parents since the birth of the babies mainly in a interdisciplinary way. The prevention of diseases of the mouth since first month of life of baby is relevant because dental caries in the primary dentition is a predictor of risk for caries in the permanent dentition. This study aimed to analyze oral health actions developed in Childcare program of the Family Health Strategy (FHS) in a primary health care unit (HPCU) in the city of Fortaleza-CE. The study was quantitative, observational, comparative cross. The sample of 62 children with their parents /caregivers were divided into two groups: with and without actions of dentistry of childcare. Dental clinical examination was carried out on children and an interview was conducted with parents / caregivers. Data were organized in the Microsoft Excel® program 2013, processed in the EpiInfo version 7 and analyzed using Student's t test and Mann-Whitney. For the analysis of variance was applied the Bartlett test. The chi-square test was applied to qualitative variables and Fisher's exact test when expected values lower than 5. The significance level for the statistical tests was less than 5%. The research project was approved by the Ethics Committee of the University of International Integration Lusophone African-Brazilian (UNILAB) under No. 1269635. The caries index was lower in the group with dentistry actions (dmft 0.8) than in the group without dentistry actions (2.2) in the age of 4-6 years old. In the assessment of knowledge and parental practices, the group with dentistry actions demonstrated greater adherence and daily frequency of toothbrushing ( $p = 0.01$ ); greater number of children with 1st dentist appointment ( $p = 0.00$ ); lower daily intake of sugar and sweets and higher consumption of vegetables and unsweetened juice. There was no statistically significant difference between the groups when the values of the gingival changes were compared. The actions of the dentist in childcare consultations in the researched HPCU have been effective in many ways, but a few points need to be reviewed, in order that the issues be better understood by the parents/caregivers.

**Keywords:** Oral health. Child. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 -	Mapa de Fortaleza com vista aproximada da SR III com bairros Bela Vista e Pici.....	30
Gráfico 01 -	Índice de dentes cariados, extraídos e obturados (ceod) por faixa etária.....	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 _	Características das equipes envolvidas no estudo.....	30
Tabela 02 _	Características socioeconômicas dos participantes.....	36
Tabela 03 _	Conhecimentos e práticas dos pais sobre higiene dental e hábitos deletérios.....	37
Tabela 04 _	Conhecimentos e práticas dos pais referentes à dificuldades dos cuidados, visitas ao dentista, dieta alimentar, transmissibilidade da cárie e outros.....	39
Tabela 05 _	Prevalência de cárie dentária e de alterações gengivais.....	41
Tabela 06 _	Índice de cárie dentária (ceod).....	42

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
2.1 Geral.....	22
2.2 Específicos.....	22
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>29</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	29
4.2 Local e Período.....	29
4.3 Participantes do estudo.....	31
4.4 Coleta de dados.....	33
4.5 Análise dos dados.....	34
4.6 Aspectos éticos.....	35
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
5.1 Caracterização dos participantes.....	36
5.2 Conhecimentos e práticas dos pais/responsáveis sobre saúde bucal na infância .....	37
5.3 Prevalência de cárie dentária, prevalência de alterações gengivais e o índice ceod.....	41
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>65</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A puericultura, área da pediatria voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

Para ser desenvolvida em sua plenitude, os profissionais que a executam devem conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Isto se torna fundamental, pois as ações, além de serem dirigidas à criança, refletem sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, as ações que visem à saúde das crianças não terão sucesso (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

Em estudo de Assis *et al.* (2011), identificou-se que a história da puericultura no mundo está relacionada aos cuidados às crianças, tendo origem ainda na Idade Antiga, na França, em fins do Século XVIII. As primeiras formas de assistência às crianças foram sistematizadas em relação à disciplina, educação, vestuário e alimentação. Entretanto, a pediatria apareceu como especialidade médica somente na segunda metade do Século XIX e, na Enfermagem, nas primeiras décadas do Século XX.

As consultas de puericultura, segundo Campos *et al.* (2011), efetivam-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isto, pressupõe a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção.

Nas mesmas perspectivas de prevenção e promoção da saúde, surge a atenção odontológica aos bebês de 0 a 36 meses, conhecida como Odontologia para bebês, em 1985 na Universidade de Londrina (WALTER *et al.*, 2014). No âmbito do serviço público, a atenção precoce foi incorporada de forma pioneira pelas Secretarias de Saúde de Londrina e de Cambé, ambos no estado do Paraná, no ano de 1987, e o programa educativo-preventivo passou a ser desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde destes municípios (STOCCO; BALDANI, 2011).

De acordo com Del Ciampo *et al.* (2006), dentre os vários papéis desempenhados pelo puericultor destacam-se o de orientador e educador para a saúde, cujo trabalho se direciona à mãe e à família. Esta, por ser o núcleo principal dos fatores ambientais e psicossociais, e aquela, tendo fortalecido o vínculo com o filho e mantendo sua autoestima elevada, podem assegurar os melhores cuidados à criança.

No Brasil, conforme preconiza o Ministério da Saúde, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), sendo parte integrante da puericultura, a qual envolve a avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento, não deixando também de registrar todos os procedimentos no cartão da criança (ASSIS *et al.*, 2011).

Além disso, toda a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, o que inclui identificar crianças de risco, fazer busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectar e abordar adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuro-psicomotor da criança. Esse acompanhamento prevê um calendário mínimo de consultas à criança propondo sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo e uma por ano a partir do terceiro ano de vida até a criança completar seis anos de idade (ASSIS *et al.*, 2011).

Com o intuito de apoiar as equipes de atenção básica para a contínua melhoria do acesso e da qualidade no cuidado às crianças, no âmbito

da atenção básica em rede, o Ministério da Saúde publicou, em 2012, o Caderno de Atenção Básica da Saúde da Criança. Esta ferramenta aborda orientações para a organização do processo de trabalho, questões tradicionais como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança e a supervisão das imunizações e até temas característicos da modernidade, como a alimentação saudável, tão essencial de ser trabalhada na situação atual de epidemia de obesidade infantil, a prevenção de acidentes e as medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência, dentre outras (BRASIL, 2012).

Na Atenção Primária em Saúde (APS), verifica-se, ainda, uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança. Na APS espera-se garantir uma visita domiciliar ao binômio mãe e recém-nascido (RN) no contexto da família, para orientação de todos os familiares sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS.

A unidade básica de saúde deve, se possível, ofertar todas as ações à puérpera para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimular a presença do pai, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Após esse momento, até a criança completar dois anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde inclusive, com busca de faltosos, com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família (BRASIL, 2012).

As ações da Odontologia de cuidados nos primeiros anos de vida da criança (0 a 24 meses) devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar que ocorram de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem (BRASIL, 2006).

Vitolo, Gama e Campagnolo (2010) realizaram um estudo a respeito da frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados em uma cidade do Rio Grande do Sul. As crianças foram avaliadas



quanto ao acompanhamento na puericultura e calendário de vacinação. A frequência de crianças que não foram levadas regularmente foi de 53,2%. Os motivos relatados pelos pais para o não acompanhamento da criança na puericultura foram: considerado desnecessário (66,2%), insatisfação com o serviço (21,7%), impossibilidade de comparecer devido ao emprego (6,05%) e outros motivos (6,05%). O estudo concluiu que a elevada frequência de crianças que não são levadas para acompanhamento no serviço de puericultura está associada à baixa escolaridade materna e à estrutura familiar, além da percepção de que é desnecessário na ausência de doença da criança.

Ao se verificar dados do Estado do Ceará e, especificamente, do município de Fortaleza, identifica-se que a mortalidade infantil neste município, diminuiu, em consonância com dados do Brasil. Este fato pode ser justificado, principalmente, por conta da implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família, que desenvolve o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, que é de fundamental importância para a promoção à saúde e prevenção de agravos identificando situações de riscos, problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor para intervir precocemente nas intercorrências (FORTALEZA, 2012).

Contudo, as mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo Brasil nas últimas décadas, com a progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma conseqüente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Isto precisa ser superado com uma retomada da valorização desta e da puericultura, inclusive como condição para que se possam garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012).

Piccini *et al.* (2007) afirmam que, no Brasil, a puericultura constava entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos de saúde, principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF). No entanto, pouco se conhece a respeito da efetividade destas ações nas unidades básicas de saúde (UBS) do país.

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, a Odontologia

busca intervir o mais breve possível na prevenção da cárie dentária e nas doenças gengivais, o que pode ser desenvolvido nas consultas de Puericultura. Brandão *et al.* (2006) afirmam que a cárie dentária, quando ocorre em crianças menores de 3 anos, torna-se um importante alerta de risco, pois há maior probabilidade de que as crianças desenvolvam cárie na dentição decídua e também na dentição permanente.

As consequências da cárie precoce são observadas na saúde como um todo. As crianças, por exemplo, podem apresentar baixo peso devido à associação da dor ao ato de comer. Porém, medidas simples, como o controle da ingestão de açúcar e estímulo a higiene bucal, podem preveni-la. A informação para as mães e os cuidadores acerca da importância dos aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos e outros relativos aos cuidados básicos de saúde bucal tende a resultar em uma redução da cárie dentária (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2001; BRASIL, 2012). O aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado à desinformação dos pais e responsáveis (KUHN, 2002; BRASIL, 2012).

Recomenda-se que a primeira consulta odontológica do bebê seja feita entre o nascimento do primeiro dente, geralmente aos seis meses, e os 12 meses de idade (HALE, 2003; BRASIL, 2012). Crianças que são levadas ao cirurgião-dentista até o primeiro ano de vida apresentam menores chances de receber tratamento odontológico emergencial e de fazer consultas odontológicas de urgência ao longo da infância (KRAMER *et al.*, 2008).

Na avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil) por Stocco e Baldani (2011), verificou-se que a prevalência de cárie foi menor no grupo de crianças acompanhadas pelo serviço de Puericultura (17%) do que no grupo sem retorno frequente ou que não estava cadastrado na Unidade de Saúde da Família do referido município(26%).

No estudo de Vieira e Karbage (2011), que objetivou avaliar a prevalência de cárie dentária em crianças institucionalizadas (abrigo) ou não (situação familiar estável), com e sem acesso à atenção odontológica, verificando o impacto desta em ambos os grupos, o fator institucionalização

não indicou maior probabilidade de cárie nas crianças estudadas. Entretanto, a ausência do cirurgião-dentista tornou significativamente maior a probabilidade de ocorrência da doença cárie.

Em 2006, uma ampliação do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aconteceu no município de Fortaleza-CE. A ESF atingia, até 2005, apenas 17% da população de Fortaleza, contando com 100 equipes de profissionais. O concurso público realizado pela prefeitura em 2006 foi responsável por mais que dobrar essa cobertura, que chega agora a 43% dos fortalezenses, e aumentar o número de equipes para 320 (FORTALEZA, 2010a). Atualmente, este município é dividido em seis microrregiões de saúde, visando facilitar o atendimento de forma integral e homogênea para toda a população.

Especificamente, em uma das Unidades de Atenção Primária à Saúde, na qual atua a pesquisadora deste estudo, da microrregional de Saúde III (SR III), no município de Fortaleza, Ceará, o programa de puericultura da unidade visa desenvolver um trabalho educativo direcionado aos pais e preventivo voltado às crianças de zero a dois anos de idade. Desde a implantação do programa em 2006 até os dias atuais, as ações realizadas pelas equipes, enfermeiras e cirurgiãs-dentistas, foram basicamente educativas e preventivas, mas a atenção curativa também é oferecida quando necessária.

As consultas para a cirurgiã-dentista são marcadas no mesmo dia das consultas de Enfermagem. As mães com seus bebês recebem, primeiramente, a consulta da Enfermagem e, logo em seguida, são encaminhadas ao consultório odontológico, dando continuidade ao processo formativo com as orientações da cirurgiã-dentista (CD).

Desta forma, as cirurgiãs-dentistas da ESF da referida unidade realizam as seguintes ações de promoção à saúde bucal dos bebês nas consultas de Puericultura: orientações aos pais sobre alimentação saudável e importância do aleitamento materno; orientações da higiene bucal do bebê e sobre cuidados com a ingestão do dentífrico com flúor; demonstração da limpeza da cavidade bucal do bebê; exames clínicos odontológicos; aplicação de flúor verniz; orientações sobre hábitos deletérios (evitar uso de chupetas e mamadeiras). Estas ações foram desenvolvidas com base no Protocolo Linhas

de Cuidado na Atenção à Saúde da Criança, construído a partir de oficinas com ampla discussão e participação dos profissionais da rede municipal de saúde de Fortaleza-CE (FORTALEZA, 2012).

Diante do contexto apresentado, este estudo teve como ponto de partida a análise da efetividade destas ações da Odontologia, após nove anos de implantação do programa na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Francisco Pereira de Almeida, em Fortaleza – CE.

Desenvolver pesquisas com esta temática se justifica, pois estão de acordo com a Política Nacional de Promoção de Saúde. Esta política, aprovada pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, apresenta como uma de suas diretrizes incentivar a pesquisa em promoção de saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas (BRASIL, 2010).

Ainda, no texto de introdução da política, encontra-se que o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Entretanto, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (BRASIL, 2010).

O tema estudado também pode ser justificado a partir dos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2003), que demonstraram um aumento do índice de cárie na idade de cinco anos quando comparado ao índice de cárie em bebês (BRASIL, 2004). A cárie dentária na infância ainda é um problema de saúde pública e a atuação do dentista em consultas de puericultura na Estratégia de Saúde da Família poderá contribuir para redução desta problemática na população infantil.

O tema é relevante, pois a busca de comprovação científica dos resultados positivos das ações odontológicas na saúde bucal das crianças servirão de subsídios à Coordenação de Saúde Bucal do município de Fortaleza, Ceará, para a implementação do programa de Puericultura em todo

o município.

Com a inserção de ações da Odontologia na Puericultura, espera-se inicialmente, contribuir com a redução da incidência da cárie dentária na dentição decídua das crianças, no município de Fortaleza-Ceará. E, como a cárie na dentição decídua, medida por meio do indicador de cárie ceod (média de dentes cariados, perdidos e obturados), atualmente tem sido citada como bom preditor de risco isoladamente (associados a um risco elevado de doença, porém não estão correlacionados com suas causas) espera-se contribuir, conseqüentemente, com a redução de cáries também na dentição permanente da população do município.

Em outras palavras, a experiência anterior de cárie dentária tem sido indicada como significativo preditor de risco, uma vez que mostra a atividade de cárie no indivíduo em algum momento do passado. Sendo assim, prevenindo-se a cárie na dentição decídua das crianças, está se reduzindo também o risco de desenvolver cárie na dentição permanente.

A aplicabilidade do tema da pesquisa no serviço pode ocorrer em decorrência da relativa facilidade de implementação do programa de Puericultura, os baixos custos relacionados aos procedimentos mais realizados e os benefícios para a preservação da saúde bucal de muitas crianças do município de Fortaleza.

A facilidade de implementação deste tipo de programa pode ser confirmada por Piccini *et al.* (2007) quando descreve que, de maneira geral, para se fazer um controle efetivo durante a puericultura não são necessárias instalações caras, tecnologia complexa ou laboratórios sofisticados, mas sim a garantia de acesso aos serviços de todos os níveis do Sistema de Saúde, com oferta de recursos humanos capacitados e de métodos diagnósticos e terapêuticos adequados para a detecção e tratamento de morbidades.

Diante do explicitado, a pesquisadora apresenta a hipótese de que as crianças que foram expostas às ações da Odontologia, em consultas de puericultura, apresentam melhores condições de saúde bucal que as não expostas. E ainda, assevera que os pais das crianças expostas demonstrem maiores conhecimentos e melhores práticas referentes aos cuidados em saúde bucal na 1ª infância.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

Analisar a efetividade das ações desenvolvidas por cirurgião-dentista, em consultas de puericultura de uma unidade de atenção primária à saúde na Estratégia Saúde da Família, do município de Fortaleza–CE.

### **2.2 Específicos:**

- Determinar índice e prevalência de cárie dentária e prevalência de alterações gengivais em crianças do grupo de estudo e do grupo de comparação.
- Verificar se as ações odontológicas na Puericultura atuaram como fator de proteção para as doenças cárie dentária e gengivite, na saúde bucal de crianças acompanhadas no serviço de Puericultura.
- Avaliar os conhecimentos e práticas dos pais das crianças, sobre a saúde bucal de seus filhos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento da criança, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial (CAMPOS *et al.*, 2011).

Na Estratégia de Saúde da Família, o Ministério da Saúde orienta que as ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde específicos para este grupo etário, para evitar que ocorram de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem. O trabalho de prevenção deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança (STOCCO; BALDANI, 2011).

Os programas estruturados para oferecer Atenção Básica à saúde da criança têm como metas principais: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Necessitam da efetiva participação do indivíduo e da sociedade, pressupondo a integração de diversas categorias profissionais que atuam em equipe e apoiados pelos diferentes níveis de referência do sistema de saúde. Promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança têm sido, há muito tempo, prioridade dentro da assistência à saúde infantil, a fim de garantir o crescimento e o desenvolvimento adequados dos menores nos aspectos físico, emocional e social.

Desta forma, assegura-se o pleno desenvolvimento do potencial genético da criança, que levará a um adulto mais saudável, capaz e feliz, bem como procura-se reduzir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade ainda verificadas em diversas populações (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

Nas últimas décadas, a mortalidade infantil diminuiu no continente americano, devido principalmente à redução dos óbitos por doenças infecciosas, como a diarreia e as infecções respiratórias agudas. Ainda, as mudanças na mortalidade perinatais e neonatais foram mínimas ou inexistentes, associadas ao processo de gestação, nascimento e primeiras semanas de vida (OPAS, 2005).

Neste contexto, os esforços com vista a sobrevivência infantil devem abordar simultaneamente a prevenção e o tratamento das doenças infecciosas e das afecções perinatais e neonatais, que causam, em conjunto, 76% da mortalidade de menores de cinco anos no continente. Para complementar, melhores condições de saúde para a criança, é necessário que esforços contemplem também a promoção de ambientes saudáveis, fortalecendo o enfoque de família e comunidade (OPAS, 2005).

Gauterio, Irala e Cezar (2012) afirmam que a desnutrição nos primeiros anos de vida, refletida por indicadores antropométricos do estado nutricional, é um dos maiores problemas de saúde enfrentados por países em desenvolvimento. Há evidências exaustivas de que *déficits* de crescimento na infância estão associados à maior mortalidade, excesso de doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta.

Segundo o mesmo autor, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito de forma regular, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil. O objetivo é de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância e contribuir para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida.

Oliveira e Forte (2011) afirmam que, nos primeiros anos de vida, uma abordagem multiprofissional na atenção integral à criança é essencial para construir hábitos saudáveis bem como mantê-los por toda a vida. Uma estratégia interessante de promoção de saúde bucal é o início, ainda neste período de vida, de ações voltadas para mães e crianças. Os pais exercem o papel cuidador fundamental na promoção e manutenção da saúde dos seus filhos, devendo ser a fonte primária de informação sobre saúde bucal.

A família, ainda segundo os autores citados acima, serve de modelo para a criança e é na infância que bons hábitos de higiene bucal e de dieta são adquiridos; além disso, em função da inexperiência, é a família que auxilia a criança no cuidado de sua boca. As mães precisam ter consciência de que quanto mais cedo elas começarem a fazer a limpeza na boca da criança,



menor chance a criança terá de apresentar alterações na cavidade bucal.

Os resultados do estudo de Oliveira e Forte (2011) revelam dados preocupantes com relação aos cuidados com a saúde bucal dos bebês (0 a 36 meses), como por exemplo, o fato de que, apenas 33% das 56 mães entrevistadas, começaram a fazer a higiene bucal logo após o nascimento do bebê, e apenas 10,7% delas haviam levado seu filho (a) para consulta odontológica. Isto evidencia a necessidade de incentivos por meio de políticas públicas de saúde direcionadas a essa faixa etária.

Em relação ao início da higiene bucal dos bebês, Ferreira *et al.* (2010) encontraram que apenas 15,7% dos pais responderam adequadamente à questão, relatando ser antes da erupção dos elementos dentários. Neste estudo, também foi observado que 34,3% dos pesquisados responderam não haver necessidade dos procedimentos restauradores para o bebê. Conclui-se que a maioria dos pais demonstraram conhecimentos limitados sobre Odontologia na primeira infância, bem como desconhecem o risco de crianças pequenas desenvolverem doenças como a cárie dentária, e devem, portanto, ser informados e instruídos sobre os cuidados necessários para evitá-la, contribuindo assim, para melhorar a qualidade de vida de seus filhos.

É importante destacar que para a doença cárie se instalar, principalmente na primeira infância, múltiplos fatores de risco são apontados e, frequentemente, associados à condição socioeconômica, valores e educação familiar, nutrição, higiene bucal, acesso e acompanhamento odontológico (VIEIRA ; KARBAGE, 2011).

Estudos da literatura sobre prevalência e índice de cárie dentária em bebês indicam a necessidade de programas de saúde pública de promoção em saúde bucal voltados para esta faixa etária.

No estudo de Nomelini e Cunha (2006) não foi documentada cárie nos bebês de 0 a 12 meses, embora a higiene bucal tenha sido precária. Nas faixas etárias seguintes, de 12 a 24 meses e de 24 a 36 meses, observou-se que cerca de 50% das crianças persistiam com a alimentação na madrugada e mais de 90% apresentavam alto consumo de sacarose, resultando em prevalências crescentes de cárie (13,9 e 23,5%) e do índice de ceod (0,44 e

1,47). Tais dados indicam a necessidade da ampliação das medidas educativas e preventivas em programas de saúde pública, visando promover a saúde bucal de bebês.

Couto *et al.* (2005) recomendam o atendimento odontológico precoce, com ênfase em ações educativas e preventivas para a faixa etária estudada, de 0 a 36 meses, em um programa de saúde da família na cidade de Camaragibe-PE. O exame bucal foi realizado em 260 crianças e os índices de cárie encontrados foram de 0,17 e 2,06, respectivamente, nas faixas etárias de 0 a 18 meses e 19 a 36 meses, quando incluídas as lesões de mancha branca ativa.

Estudos comparativos com grupos de crianças pré-escolares e de abrigos, com, e sem atendimento odontológico, como o desenvolvido por Vieira e Karbage (2011), comprovam que a ausência da intervenção do cirurgião-dentista, torna significativamente maior a probabilidade de ocorrência da doença cárie na população.

Estudos da literatura sobre avaliação de programas de saúde pública voltados para a promoção da saúde bucal de crianças demonstraram boa efetividade, tanto na ESF, como em clínicas de Faculdades de Odontologia, os quais foram apresentados a seguir.

Avaliar o efeito das atividades de promoção em saúde bucal desenvolvidas com 41 pré-escolares de quatro a seis anos de idade em Porto Alegre-RS foi o objetivo do estudo de Badalotti, Weigert e Bos (2012). As atividades modificaram parcialmente as condições de saúde bucal das crianças, houve diminuição dos dentes cariados, com aumento dos extraídos e obturados. Os índices de placa visível e sangramento gengival melhoraram.

A avaliação de um programa educativo/preventivo no controle de cárie em bebês foi realizada por Kuhn e Wambier (2007) com 160 bebês na faixa etária de 1 a 21 meses. Com o intuito de verificar alterações nos hábitos alimentares e de higiene, foram aplicados questionários no início do estudo e após 12 meses. Constatou-se que o programa contribuiu para uma menor incidência de cárie, ocorreu redução de 33% na amamentação noturna e aumento de 20,9% na higiene bucal.

O estudo de Figueiredo *et al.* (2008) avaliou a proposta de trabalho da Clínica do Bebê da Faculdade de UFRGS entre os anos de 2003 a 2005, verificando hábitos alimentares, hábitos de higiene e atividade de cárie, antes e após a atenção odontológica. Comparando-se os dados obtidos observou-se diminuição da atividade de cárie, melhora da qualidade do controle de placa bacteriana e substituição com relação a dieta, que passou de cariogênica a não cariogênica em 30,80% de crianças de 2-3 anos e em 26,9% das crianças acima de 3 anos.

Pereira e Freire (2004) descreveram os resultados após três anos de implantação de um programa odontológico para bebês, com ênfase na educação dos pais e em métodos de prevenção para as crianças utilizando-se dos dados do Programa de Saúde Bucal para Bebês desenvolvido na Secretaria Estadual de Saúde de Goiânia-GO. O estudo constatou uma elevada redução no número de crianças com alto risco a cárie, de 51%, na visita inicial, para apenas 1% após 3 anos.

Costa (2002) confirma a efetividade de um Programa de Promoção de Saúde Bucal em crianças de 06 a 60 meses residentes na zona rural e urbana do município de Carmo de Minas-MG. O programa baseia-se em métodos educativos e preventivos onde se realizava remoção mecânica de biofilme, por meio de orientação, objetivando uma escovação caseira com qualidade; controle da frequência de alimentos açucarados; aplicação tópica de flúor na forma de gel ou verniz, de acordo com a idade da criança. Após vinte e quatro meses, observou-se que a qualidade da higiene bucal melhorou significativamente, uma vez que 87,1% das crianças melhoraram ou mantiveram a qualidade do biofilme em um patamar satisfatório e o número médio de manchas brancas ativas diminuiu consideravelmente.

Silva *et al.* (2013) avaliaram o conhecimento e as práticas de saúde bucal de mães participantes de um programa educativo-preventivo para lactentes no Projeto de Extensão “Promoção de Saúde Bucal na Primeira Infância” da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). A amostra foi constituída de 112 mães e seus respectivos bebês e o instrumento de coleta de dados constou de um questionário com perguntas e respostas objetivas aplicadas antes e após a intervenção. Educação em saúde bucal com as mães

era realizada bimestralmente, bem como eram acompanhadas individualmente, a cada mês, a fim de repassar instruções sobre as necessidades específicas do bebê. Durante a coleta de dados do questionário inicial, observou-se que 57,3% das mães realizavam a higiene bucal de seus filhos nos períodos diurno e noturno, aumentando tal valor para 74,7% após as palestras e o acompanhamento educativo-preventivo. Quanto à presença ou não de manchas brancas ativas e cárie nas faces dentais houve redução do percentual de 5,6% para 0,4%.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

A investigação proposta apresenta uma abordagem quantitativa e caracteriza-se por ser um estudo observacional, transversal comparativo.

A pesquisa quantitativa é um meio para testar teorias objetivas, examinando a relação entre as variáveis. Tais variáveis podem ser medidas tipicamente por instrumentos, para que os dados numéricos possam ser analisados por procedimentos estatísticos. Nos projetos de pesquisa do tipo Comparação de Grupo Estático, o pesquisador escolhe um grupo de comparação e apresenta um pós-teste tanto para o grupo experimental quanto para o grupo de comparação após implementar um tratamento, cujos efeitos deverão ser medidos (CRESWELL, 2009). Na atual pesquisa, o tratamento em questão consistiu de ações de promoção em saúde bucal desenvolvidas em consultas de Puericultura.

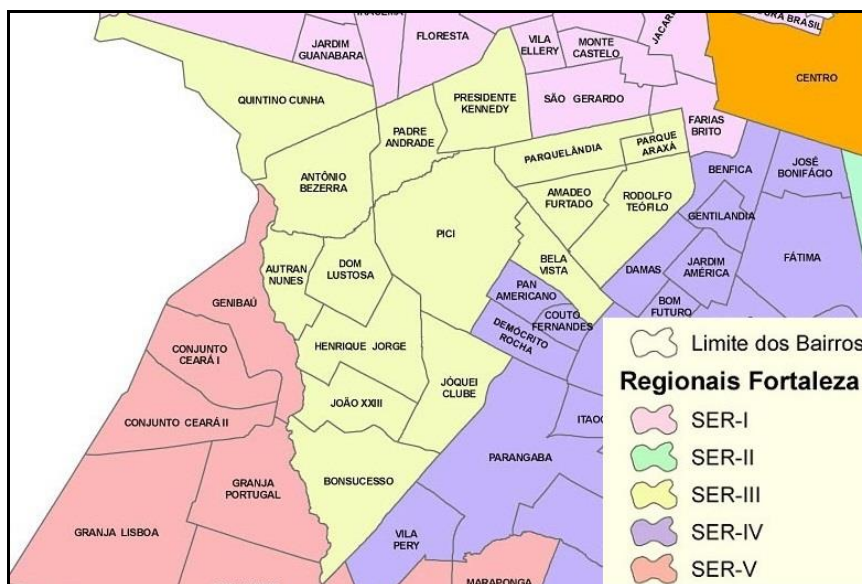
### **4.2 Local e Período**

O local da coleta dos dados aconteceu na Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) Francisco Pereira de Almeida e nos domicílios dos participantes, no município de Fortaleza-Ceará. Na referida UAPS atuam cinco (5) equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O território de abrangência destas equipes corresponde a totalidade de um bairro (Bela Vista) e a 40% de outro (Pici), em Fortaleza-CE, onde reside uma população de 27.299 habitantes.

Os bairros citados ficam localizados na Secretaria Regional III (Figura 01) do município e caracterizam-se por apresentarem baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,3 e 0,2, respectivamente (FORTALEZA, 2010b). Historicamente, parte do território coberto por estas equipes foi ocupado desordenadamente por meio de invasões. Saneamento básico deficiente, moradias precárias, falta de equipamentos para lazer, uso e tráfico de drogas ilícitas, violência urbana, renda familiar baixa são problemáticas

comumente encontradas nesta região.

Figura 01- Mapa de Fortaleza com vista aproximada da SER III com bairros Bela Vista e Pici.



Fonte: PINHOL, A (2012).

Especificamente, a pesquisa se desenvolveu com moradores do território de responsabilidade sanitária de duas equipes da ESF, equipe Pici 7 e equipe Pici 8. A população com cobertura da equipe Pici 7 foi selecionada por ter recebido as ações odontológicas de puericultura, que foram avaliadas neste estudo. Os profissionais desta equipe são responsáveis por 6.433 habitantes residentes em 10 microáreas, sendo três destas sem cobertura por ACS (Tabela 01).

A população da equipe Pici 8 foi eleita por se tratar de moradores que, desde o início da composição da equipe da ESF, não tiveram assistência odontológica programada, pois não dispõem de cirurgião-dentista na equipe. Os profissionais da equipe Pici 8 são responsáveis por 6.507 habitantes que residem em sete microáreas cobertas por ACS (Tabela 01).

Tabela 01- Características das equipes envolvidas no estudo.

Equipes	Composição da equipe	Nº de habitantes	Nº de microáreas
Pici 7	Médico, enfermeiro e cirurgião-dentista	6433	10
Pici 8	Médico e Enfermeiro	6507	07

Fonte: Elaborada pela autora.

A coleta dos dados aconteceu em um período de seis meses, de outubro/2015 a março/2016, na Unidade de Saúde. Contudo, os participantes que não puderam comparecer e tiveram interesse em participar, a pesquisadora se deslocou até seus domicílios.

### **4.3 Participantes do Estudo**

A população estudada foi composta por crianças de dois a seis anos de idade completos e seus respectivos pais/cuidadores que, para sistematização do estudo, foram divididas em dois grupos:

#### *4.3.1 Grupo com puericultura odontológica (GO)*

Caracterizado por ser o grupo que recebeu ações odontológicas de educação e promoção em saúde em consultas de puericultura interdisciplinar, na unidade primária de saúde da família.

As crianças eleitas para este grupo foram todas aquelas que passaram por pelo menos uma consulta de puericultura com o cirurgião-dentista (CD) da equipe Pici 7, no serviço de Puericultura da UAPS Francisco Pereira de Almeida, Fortaleza-Ceará, entre os anos de 2008 a 2015. Os nomes e endereços das mesmas foram obtidos a partir dos prontuários. Os agentes comunitários de saúde (ACS) convidaram os participantes, pais/responsáveis e crianças, em suas residências, a comparecerem à unidade de saúde.

O número de 38 crianças foi encontrado com a idade de interesse para o estudo (2-6 anos) e que ainda residiam nos endereços indicados nos prontuários impressos; ou se conseguiu atualizar seus endereços por meio do prontuário eletrônico e das visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS). Aquelas que não estavam dentro da faixa etária preconizada e cujos endereços não se conseguiu atualizar foram excluídas da pesquisa. Ao final, houve ainda uma perda da amostra devido a domicílios não encontrados, fechados ou localizados em áreas muito perigosas, com fechamento da amostra em 31 crianças com respectivos pais\ responsáveis.

A idade escolhida para a pesquisa, a partir dos dois anos, deve-se

ao fato de que é a idade em que os bebês se desligam do programa, pois já cumpriram as consultas junto a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo recebido todas as ações odontológicas de puericultura. Participaram da pesquisa crianças de dois até os seis anos de idade, pois é faixa etária indicada para se estudar a dentição decídua. A troca dos dentes decíduos pelos dentes permanentes inicia-se em torno dos seis anos (BRASIL, 2005). Como o índice utilizado (ceod) é indicado para dentição decídua, isso explica o interesse pela idade limite de seis anos para o estudo.

#### *4.3.2 Grupo sem puericultura odontológica (GS)*

Caracterizado por ser o grupo que não participou de consultas de puericultura interdisciplinar na unidade primária de saúde da família e, portanto, não recebeu ações odontológicas de educação e promoção em saúde bucal.

Este grupo foi formado por crianças que residiam na área de abrangência da equipe Pici 8, onde não há cobertura de cirurgião-dentista (CD) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tinham acesso aos cirurgiões-dentistas (CDs) das outras equipes por demanda espontânea, e seus dados foram empregados na comparação dos resultados.

O grupo de comparação foi composto somente após se conhecer a quantidade de crianças eleitas em cada idade no grupo experimental (com puericultura odontológica), a fim de se manter a mesma quantidade de crianças em cada idade, de forma a se realizar pareamento semelhante. A amostra neste grupo de comparação foi estratificada por idade conforme o grupo experimental.

Devido as variáveis dependentes, prevalências de cárie e alterações gengivais, aumentarem em função do tempo de exposição aos agentes causais, a idade das crianças foi considerado um fator importante a ser controlado neste estudo.

Sendo assim, este grupo foi composto igualmente por 31 crianças com seus respectivos pais/responsáveis e foram incluídas exclusivamente aquelas que sempre moraram no território da equipe Pici 8, a fim de excluir aquelas que vieram de outras áreas, e que poderiam ter recebido ações de



puericultura odontológica de outras equipes.

Solicitou-se aos ACS da equipe Pici 8 que observassem o cadastro das famílias acompanhadas por eles, e verificassem em quais endereços residiam crianças nas idades indicadas na pesquisa. Em seguida, orientou-se que os ACS visitassem e convidassem as crianças e seus responsáveis para participarem da pesquisa, até se atingir a quantidade de crianças estipuladas em cada idade do estudo. As crianças deste grupo também compareceram a unidade de saúde para a avaliação odontológica e realização de entrevistas com os pais/responsáveis.

A amostra total do estudo foi composta por 62 crianças e seus pais/responsáveis. No intuito de minimizar as variáveis confundidoras, optou-se por formar os grupos com características semelhantes, ou seja, residentes em territórios vizinhos, populações com valores aproximados de Índice de Desenvolvimento Humano e condições de vida sócio-econômicas parecidas. Como também, foram excluídas aquelas crianças que possuíam algum plano de saúde odontológico, por se entender que poderia trazer viés aos resultados.

#### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu por meio de exame clínico odontológico das crianças e entrevista com pais e responsáveis. Os exames clínicos foram realizados por uma única pesquisadora, sob iluminação natural e com auxílio de espelho clínico e sonda de ponta romba recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo os resultados registrados em fichas clínicas (anexo A), de acordo com os critérios dos índices adotados no Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), preconizados na metodologia da OMS (BRASIL, 2004). Vale ressaltar que apenas uma parte da ficha clínica (Anexo A) foi utilizada, ou seja, foram preenchidos apenas os campos referentes à cárie e gengivite em dentição decídua.

No intuito de evitar viés metodológico, no momento do exame clínico odontológico, sentava-se a criança em cadeira comum, em frente ao examinador e posicionada em um local com uma boa luminosidade natural, fosse o exame realizado em sua residência ou na unidade de saúde. E ainda,

nenhuma luz artificial deveria estar acesa.

Os índices avaliados foram os seguintes: índice ceo-d (números de dentes decíduos c= cariados, e= extraídos e o= obturados), referente a cárie dentária na dentição decídua; e índice de alteração gengival, que avalia presença de sangramento gengival espontâneo em pelo menos três unidades dentárias após avaliação da cárie dentária. As anotações foram feitas nas fichas por uma auxiliar de saúde bucal, devidamente treinada, sendo esta a mesma durante toda a pesquisa.

O formulário de coleta de dados para entrevista sobre o conhecimento dos pais/responsáveis, a respeito dos cuidados em saúde bucal na 1ª infância foi adaptado do artigo publicado por Oliveira *et al.* (2011) (Apêndice A).

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados coletados foram organizados de acordo com os objetivos do estudo no Programa Microsoft Excel® 2013 e processados pelo programa Epi Info versão 7.

Os dados foram trabalhados sob a forma de estatística descritiva e analítica. A estatística descritiva abordou o perfil dos grupos pesquisados segundo as variáveis em estudo, a partir da elaboração de tabelas de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas; e medidas de tendência central e variabilidade das variáveis discretas e contínuas.

As variáveis dependentes estudadas foram os componentes do índice ceod (quantidade de dentes cariados, extraídos e obturados), presença ou não de sangramento gengival, e conhecimentos e práticas dos pais referentes à saúde bucal na primeira infância. A variável independente foi a ação odontológica de promoção em saúde bucal realizada com os pais/cuidadores em consultas de puericultura.

O teste T-student e Mann-Whitney foram utilizados para comparar as variáveis numéricas entre os grupos e verificação de diferença de médias. Para a análise de variância foi aplicado o teste de Bartlett. O teste qui-quadrado foi aplicado nas variáveis qualitativas e o teste exato de Fisher, quando valores

esperados menores que 5. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi menor que 5%.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) para apreciação e obteve parecer favorável sob o número 1269635 (Anexo B). Além disso, o projeto cumprirá as orientações da Resolução 466/12 que trata das pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012).

Os pais/ responsáveis foram informados sobre os objetivos do estudo e sobre as técnicas a serem realizadas durante o exame bucal e entrevistas sendo solicitada a autorização por escrito com preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Vale ressaltar que, em todos os exames, as normas de biossegurança foram respeitadas. Quando necessário, as crianças foram agendadas para atendimento odontológico na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Francisco Pereira de Almeida.

O gerente da UAPS foi comunicado a respeito da pesquisa, bem como, foi solicitado a assinar o Termo de Fiel Depositário, a fim de se obter acesso aos dados nos prontuários impressos e eletrônicos dos pacientes.

A possibilidade de identificação de fatores de risco para alterações de saúde bucal e possibilidade de modificação de hábitos para a prevenção de doenças orais foram alguns dos benefícios da participação na pesquisa.

Os riscos da participação no estudo foram mínimos, não havendo prejuízos para a saúde. Poderia ocorrer leve desconforto ao exame bucal das crianças, o que pôde ser atenuado com a garantia da presença dos pais no momento do exame. O anonimato dos participantes contribuiu para evitar algum possível constrangimento dos pais ao responder as perguntas da entrevista.

A emissão da Carta de Anuência foi realizada pela instituição coparticipante da pesquisa, Prefeitura Municipal de Fortaleza, na COGETS (Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização dos participantes

A amostra final do estudo foi composta por 62 crianças e 62 pais/cuidadores com médias de idade de 4 (DP=1,7) e 33 anos, respectivamente. Apresentou maior participação de crianças de 2-3 anos de idade (51,6%). A maioria dos pesquisados reportou renda familiar até dois salários mínimos, sendo 90,3% no grupo com puericultura e 87,1% no grupo sem puericultura. A média de anos de estudo dos grupos de pais pesquisados foi de 9,4 (DP=3,0) no grupo com puericultura e de 8,8 (DP=3,4) no grupo de comparação. As características socioeconômicas dos participantes foram apresentadas na Tabela 02.

Tabela 02- Características socioeconômicas dos participantes.

VARIÁVEIS	Grupo com Puericultura		Grupo sem Puericultura		p valor
	n	%	n	%	
Parentesco com a criança					
Pai/mãe	24	77,4	22	70,9	
Avó/avô	05	16,1	05	16,1	
Outros	02	6,4	04	12,9	
Idade dos pais/responsáveis (anos)					
<b>Média</b>	<b>33,9</b>		<b>33,3</b>		0,85
Idade das crianças					
2-3 anos	16	51,6	16	51,6	
4-6 anos	15	48,4	15	48,4	
<b>Média</b>	<b>3,9</b>		<b>4,0</b>		0,81
Renda familiar					
Até um salário	15	48,4	19	61,3	
De um a dois salários	13	41,9	08	25,8	
Maior do que dois salários	03	9,6	04	12,9	
<b>Média</b>	<b>1132,00</b>		<b>1142,00</b>		0,94
Escolaridade (%)					
0-5 anos	03	9,7	05	16,1	
6-9 anos	09	29,0	12	38,7	
10-12 anos	19	61,3	10	32,2	
Acima 13 anos	-		03	9,6	
<b>Média</b>	<b>9,4</b>		<b>8,8</b>		0,47

Fonte: Dados da pesquisa.

Valores de p obtidos por meio do Teste T-student.

Os resultados mostraram que os grupos com puericultura odontológica (GO) e sem puericultura odontológica (GS) são homogêneos entre si no que diz respeito as características sócio-econômicas dos participantes; significando que os critérios metodológicos adotados no

pareamento dos grupos foram eficazes. Isso foi evidenciado pelos testes de comparação de médias T-Student, que não apresentaram diferenças estatisticamente significantes ( $p > 0,05$ ) para as variáveis idades dos pais/cuidadores ( $p = 0,85$ ) e das crianças ( $p = 0,81$ ), renda familiar ( $p = 0,94$ ) e escolaridade dos pais/cuidadores ( $p = 0,47$ ).

## 5.2 Conhecimentos e práticas dos pais/responsáveis sobre saúde bucal na infância.

A tabela 03 apresenta dados referentes aos conhecimentos e práticas dos pais sobre higiene dental e hábitos deletérios.

Tabela 03 - Conhecimentos e práticas dos pais sobre saúde bucal sobre higiene dental e hábitos deletérios.

	Grupo com Puericultura		Grupo sem Puericultura		p valor
	n	%	n	%	
Quem orientou com relação aos cuidados de saúde bucal					
Família	01	3,2	04	12,9	<b>0,00</b>
Escola	02	6,4	08	25,8	
Cirurgião-dentista	17	54,8	02	6,4	
Outro prof. saúde*	03	9,7	03	9,7	
Outros**	01	3,2	-	-	
Não teve orientação	07	22,5	14	45,1	
Higieniza a boca da criança					
Sim	31	100,0	26	83,8	<b>0,01</b>
Não	-	-	01	3,2	
Às vezes	-	-	04	12,9	
Quantas vezes ao dia escova os dentes					
Não faz	-	-	05	16,1	<b>0,01</b>
1 vez	04	12,9	08	25,8	
2 a 3 vezes	27	87,1	18	58,0	
O que utiliza na higienização					
Não realiza	-	-	01	3,2	0,54
Escova e pasta de adulto	07	22,5	05	16,1	
Escova e pasta infantil c/ ou s/flúor	23	74,2	25	80,6	
Outros***	01	3,2	-	-	
Quem realiza a escovação					
Pai/mãe e criança	25	80,6	23	74,2	0,54
Apenas a criança	05	16,1	07	22,5	
Babá	-	-	-	-	
Outro familiar****	01	3,2	-	-	
Não faz	-	-	01	3,2	
Quanto de pasta de dente usa					
Cobrindo todas as cerdas	05	16,1	09	29,0	0,12
Metade das cerdas	05	16,1	07	22,5	
Menos da metade	20	64,5	14	45,1	
Não coloca pasta	01	3,2	01	3,2	

Seu filho (a) usa chupeta					
Sim	06	19,3	11	35,4	
Não	25	80,6	20	64,5	0,09
Seu filho (a) usa mamadeira					
Sim	10	32,2	13	41,9	
Não	21	67,7	18	58,0	0,43
Qual idade ideal para criança deixar de usar chupeta e mamadeira					
1 ano	18	58,0	13	41,9	0,31
2 anos	06	19,3	14	45,1	
3 anos	04	12,9	03	9,6	
4 anos ou mais	01	3,2	-	-	
Não sabe	02	6,4	01	3,2	

Fonte: Dados da pesquisa.

Valores de p obtidos por meio dos Testes Qui-quadrado.

\*Agente comunitário de saúde (ACS), pediatra. \*\* Internet \*\*\*Somente escova. \*\*\*\* Tia.

A maioria do grupo (77,4%) com puericultura odontológica (GO) respondeu ter recebido orientações com relação aos cuidados de saúde bucal, sendo que, em 54,8% dos casos, quem orientou foi o profissional cirurgião-dentista (CD) ( $p=0,00$ ). No grupo que não participou das consultas de puericultura odontológica (GS), 45,1% dos entrevistados relatou não ter recebido orientações sobre este tema.

Os resultados demonstraram adesão de 100% das crianças à escovação dentária ( $p=0,01$ ) e frequência diária de 2 ou 3 vezes em 87,1% ( $p=0,01$ ) do grupo com puericultura (GO). No grupo sem puericultura (GS) 58% das crianças escovam 2 ou 3 vezes ao dia e 16,1% delas não o fazem diariamente.

A maioria dos pais, nos dois grupos, grupo com puericultura (74%) e grupo sem puericultura (80,6%), utilizam como forma de higienização bucal, a escova dental e pasta infantil ( $p=0,54$ ). Como também, a maioria dos entrevistados, em ambos os grupos (80,6% e 74,2%), respondeu que quem deve realizar a escovação dentária são os pais juntamente com as crianças ( $p=0,54$ ).

Cerca de 64,5% de pais/crianças com puericultura (GO) acredita ser mais adequado colocar creme dental em quantidade para cobrir menos da metade das cerdas, enquanto que 45,1% do grupo sem puericultura (GS) concordam com esta afirmativa ( $p=0,12$ ).

O grupo com puericultura odontológica (GO) apresentou uso de chupeta em 19,3% e uso de mamadeira em 32,2% das crianças e o grupo sem

puericultura odontológica (GS), apresentou 35,4% e 41,9%, respectivamente.

A maioria dos entrevistados, 77% dos pais no grupo com puericultura e 86% no grupo sem puericultura, estavam bem informados sobre a idade ideal para a remoção dos hábitos de sucção de chupeta e mamadeira, e responderam acertadamente que seria até a idade de 1 ou 2 anos.

A Tabela 04 apresenta os conhecimentos e práticas dos pais sobre dificuldades dos cuidados em saúde bucal, visitas ao dentista, dieta alimentar, transmissibilidade da cárie, dentre outros.

Tabela 04 - Conhecimentos e práticas dos pais referentes a dificuldades dos cuidados, visitas ao dentista, dieta alimentar, transmissibilidade da cárie e outros.

	Grupo com puericultura		Grupo sem puericultura		p valor
	n	%	n	%	
Tem dificuldades para colocar em prática os cuidados de saúde bucal					
Sim	12	38,7	16	51,6	0,15
Não	19	61,3	15	48,4	
Já levou o filho ao dentista					
Sim	31	100,0	22	71,0	<b>0,00</b>
Não	-	-	09	29,0	
Quando deve acontecer a 1ª consulta ao dentista?					
Antes de 1 ano de idade	19	61,3	14	45,1	0,20
Aos 2 anos de idade	08	25,8	08	25,8	
Aos 3 anos de idade	03	9,6	05	16,1	
Quando identificar alguma alteração	-	-	03	9,6	
Caso ele sinta dor	01	3,2	01	3,2	
Frequência de ingestão diária dos alimentos (média diária)					
Açúcar		1,5		2,0	<b>0,04</b>
Batata		0,8		0,7	0,84
Bolacha doce		1,0		1,3	0,31
Bolacha salgada		0,9		0,8	0,77
Caramelo, balas e similares		1,2		1,2	0,93
Chiclete		0,5		0,5	0,91
Chocolate		0,3		0,6	0,19
Doces		0,0		0,5	<b>0,02</b>
Salgadinhos de milho		0,6		0,5	0,65
Frutas		1,8		1,6	0,41
Gelatina doce		0,0		0,0	0,32
Geleia		0,1		0,0	0,23
Iogurte		1,0		1,1	0,56
Leite condensado		0,0		0,0	-
Mel		0,0		0,1	0,31
Pão doce		0,0		0,1	0,08
Pão salgado		0,9		0,8	0,56
Refrigerantes		0,8		0,8	0,89
Sorvete		0,1		0,5	0,06*
Suco com açúcar		1,3		1,7	0,15
Suco sem açúcar		0,2		0,0	<b>0,04</b>
Torta/bolo		0,5		0,5	1,00
Verduras		1,1		0,7	<b>0,03</b>
Medicamentos (xarope)		0,2		0,2	0,69

Quando se deve iniciar limpeza da boca da criança					
Desde o nascimento da criança	12	38,7	10	32,2	0,59
Quando nasce o primeiro dentinho	14	45,1	06	19,3	<b>0,02</b>
Quando inicia alimentação sólida	04	12,9	10	32,2	
Outros**	-	-	01	3,2	
Não sabe	01	3,2	04	12,9	
Acha possível criança crescer sem cárie					
Sim	05	16,1	10	32,2	0,13
Não	25	80,6	20	64,5	
Não sabe	01	3,2	01	3,2	
Você acha possível transmitir cárie para seu filho(a)					
Sim	09	29,0	18	58,0	<b>0,02</b>
Não	22	70,9	13	41,9	

Fonte: Dados da pesquisa.

Valores de p obtidos por meio dos Testes Qui-quadrado, T-Student (alimentos) e \*Mann-Whitney.

\*\*Iniciar com 1 ano.

Todas as crianças do grupo com puericultura (GO) já visitaram o dentista pelo menos uma vez ( $p=0,00$ ), enquanto que no outro grupo, 71% das crianças o fizeram. No GO, 87,1% das crianças compareceram de 1 a 2 visitas ao dentista quando eram bebês; ainda, 3,2% compareceram a 3 visitas e 9,6% compareceram a 4 visitas, com uma média de 1,6 consultas por criança em todo o grupo.

Mais da metade (61,6%) do grupo com puericultura odontológica apresentou adequação da resposta sobre quando deve acontecer a primeira consulta ao cirurgião-dentista. No grupo sem puericultura odontológica, 45,1% responderam acertadamente.

O grupo com puericultura odontológica (GO) apresentou menor frequência média de ingestão diária dos alimentos açúcar ( $p=0,04$ ) e doce ( $p=0,02$ ); e ingestão diária maior de verduras ( $p=0,03$ ) e suco sem açúcar ( $p=0,04$ ) que o grupo sem puericultura odontológica (GS).

Grande parcela de pais/cuidadores demonstraram conhecimentos limitados com relação ao momento para a mãe iniciar a limpeza da boca da criança. Apenas 38,7% no GO e 32,2% no GS responderam acertadamente a esta questão.

A maioria dos participantes, em ambos os grupos (80,6% e 64,5%) não acham possível uma criança crescer sem apresentar cárie dentária.

O grupo com puericultura odontológica apresentou adequação da



resposta sobre transmissibilidade da cárie apenas em 29% ( $p=0,02$ ) dos entrevistados enquanto no outro grupo, 58% dos participantes demonstraram conhecimentos sobre o tema.

### 5.3 Prevalência de cárie dentária, prevalência de alterações gengivais e o índice ceod.

A tabela 05 apresenta dados referentes as prevalências de cárie dentária e alterações gengivais nos grupos pesquisados.

Tabela 05- Prevalência de cárie dentária e de alterações gengivais.

VARIÁVEIS	Grupo com Puericultura		Grupo sem Puericultura		p valor
	n	%	n	%	
Prevalência de cárie dentária					
2-3 anos	03	18,7	02	12,5	0,62
4-6 anos	05	33,3	10	66,6	0,06
2-6 anos	08	25,8	12	38,7	
Prevalência de alterações gengivais					
com sangr. gengival	00	-	00	-	
sem sangr. gengival	31	100,0	31	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

Valores de p obtidos por meio do Teste T-Student.

A prevalência de cárie dentária no grupo com puericultura odontológica (GO) encontrada foi de 25,8% e a do grupo sem puericultura odontológica (GS) foi de 38,7%. Quando os grupos foram divididos por faixa etária, a prevalência de cárie na idade de 2-3 anos foi de 18,7% no GO e de 12,5% no GS ( $p=0,62$ ) e, na faixa etária de 4-6 anos, foi de 33,3% no GO e de 66,6% no GS ( $p=0,06$ ).

Em relação a prevalência de alterações gengivais, ocorreu ausência de sangramento gengival em todas as crianças examinadas no estudo.

A tabela 06 apresenta dados referentes ao índice de cárie dentária (ceod). Os índices de ceod (dentes cariados, extraídos e obturados) dos grupos GO e GS encontrados foram de 0,7 e 1,1, respectivamente ( $p=0,33$ ).

Tabela 06- Índice de cárie dentária (ceod).

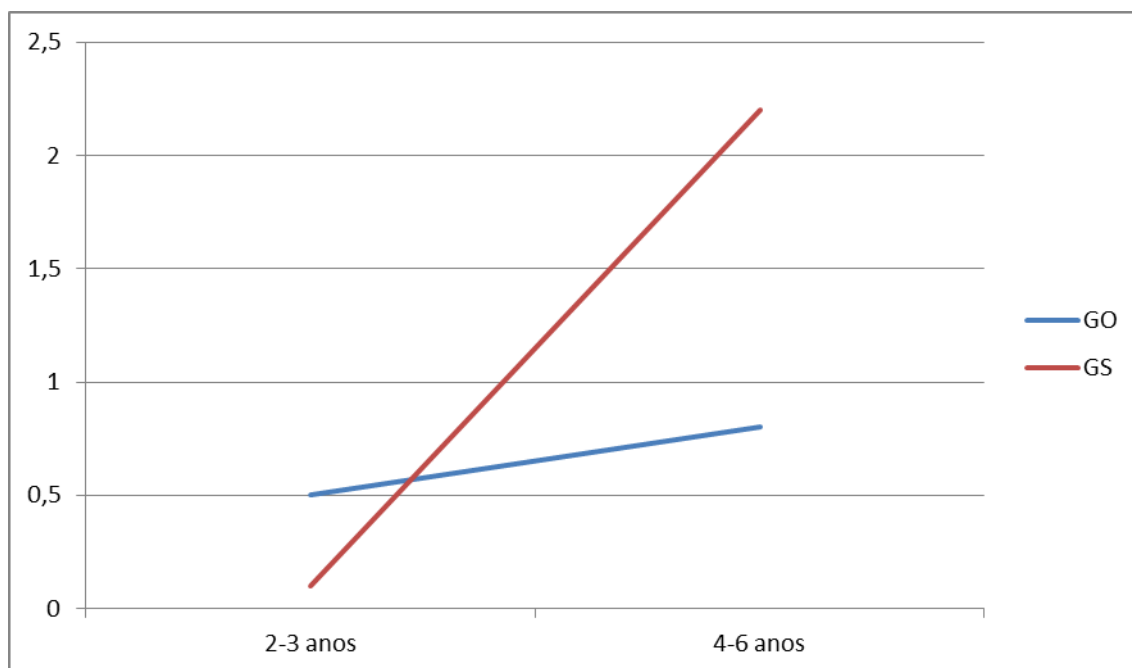
Índice de cárie dentária (ceod)	ceod	ceod	p valor
Dentes cariados	0,61	1,03	0,19*
Dentes restaurados sem cárie	0,09	0,06	0,78
Dentes restaurados com cárie	-	-	
Dentes perdidos	-	0,03	
<b>2-6 anos</b>	0,7	1,1	
<b>2-3 anos</b>	0,5	0,1	0,33
<b>4-6 anos</b>	0,8	2,2	0,06*

Fonte: Dados da pesquisa.

Valores de p obtidos por meio do Teste T-Student e \*Mann-Whitney.

O grupo sem puericultura (GS) apresentou incremento de cárie dentária em função da idade ( $p=0,001$ ), o que não aconteceu no grupo com puericultura (GO) ( $p=0,55$ ) (Gráfico 01).

Gráfico 01 – Índice de dentes cariados, extraídos e obturados (ceod) por faixa etária.



Fonte: Dados da pesquisa.

Na faixa etária de 4-6 anos, o índice ceod apresentou-se menor no grupo com puericultura odontológica (ceod 0,8) do que no grupo sem puericultura odontológica (ceod 2,2).

## 6 DISCUSSÃO

Na avaliação de conhecimentos e práticas dos pais\cuidadores, as entrevistas foram respondidas predominantemente por mães\pais com boa média de anos de escolaridade apesar da baixa renda familiar. Em seguida, as respostas foram discutidas levando-se em consideração quantidade de erros e acertos de cada grupo.

A maioria do grupo (77,4%) com puericultura odontológica respondeu ter recebido orientações com relação aos cuidados de saúde bucal, sendo que, em mais da metade dos casos (54,8%), quem orientou foi o profissional cirurgião-dentista ( $p=0,00$ ). O mesmo verificou-se no estudo de Ferreira *et al.* (2010), quando a maior parte dos pais (72,9%) relatou ter recebido informações sobre saúde bucal do seu bebê. Diferentemente, no grupo que não participou das consultas de puericultura odontológica, quase metade (45,1%) dos entrevistados relatou não ter recebido orientações sobre este tema sendo que, apenas 6,4% disse ter sido orientado por um cirurgião-dentista. No presente estudo, as orientações por cirurgião-dentista nas consultas de puericultura em um dos grupos contribuiu para a manutenção da saúde bucal das crianças. Este fato recomenda a participação ativa de profissionais cirurgiões-dentistas em atividades de promoção e educação em saúde bucal na primeira infância.

Todas as crianças do grupo com puericultura odontológica (GO) aderiram à escovação dentária ( $p=0,01$ ) pelo menos uma vez ao dia. A grande maioria, cerca de 87%, escova de 2 a 3 vezes ao dia. Enquanto isso, no grupo sem puericultura (GS), um menor número de crianças (58%) o faz com a mesma frequência diária.

A adesão de todas as crianças à escovação dentária e frequência diária de 2 ou 3 vezes, em 87,1% ( $p=0,01$ ) do grupo com puericultura apresentou-se maior do que do grupo sem puericultura e dos valores encontrados nos estudos de Oliveira e Forte (2011), no qual, neste último, verificou-se que 87,5% das crianças realizavam a escovação diária e destas, 60,5% escovavam de 2 a 3 vezes ao dia. Os resultados do grupo com puericultura se aproximaram dos encontrados por Silva *et al.* (2013), em que após a atividade educativa com as mães, todas as crianças passaram a fazer a

escovação diária e a realizavam 2 vezes ao dia (74,7%). A explicação para este fato deve-se em parte a repetição das instruções de saúde bucal a cada consulta, aos pais do grupo que compareceu as consultas de puericultura odontológica, o que os levou a mudanças de hábitos e introdução da escovação dental da criança, conforme orientações do profissional cirurgião-dentista. Recomenda-se orientar os pais que, a partir da erupção dos molares decíduos (ao redor dos 18 meses), deve-se iniciar o uso da escova dental macia, por, no mínimo, duas vezes ao dia (BRASIL, 2012).

Ainda com relação à escovação dentária, foi encontrado que, no grupo sem puericultura odontológica (GS), 3,2% das crianças não realizavam e 12,9% realizavam somente às vezes. Valores aproximados foram encontrados no estudo de Oliveira e Forte (2011), o qual pesquisaram a percepção e práticas de mães no cuidado da saúde bucal de crianças em uma unidade de saúde da família do agreste nordestino. Pais do grupo que não teve o acompanhamento programado de consultas de puericultura odontológica não receberam orientações do cirurgião-dentista com relação a este tema, provavelmente não tiveram quem os estimulasse à introdução da escova dentária quando suas crianças ainda eram bebês, o que pode ter contribuído na redução da adesão a higiene dentária neste grupo.

A maioria dos pais, nos dois grupos, grupo com puericultura (74%) e grupo sem puericultura (80,6%), optou acertadamente pela forma de higienização bucal utilizada, que deveria ser escova dental e pasta infantil. Estes resultados foram melhores que os apresentados por Oliveira e Forte (2011), onde apenas 35,7% utilizavam escova dental e pasta infantil, porém, como a média de idade das crianças no referido estudo era menor, outras formas de higienização como fralda e água/pasta (12,5%) foram também encontradas. Os pais/cuidadores demonstraram prática adequada com relação ao uso de dentifrício e escova infantil nos dois grupos pesquisados, o que se opôs a afirmativa de Barreto *et al.*(2013) sobre a existência de uma influência social na escolha do creme dental, em que crianças pertencentes a famílias com uma condição socioeconômica alta tendem a usar dentifrícios infantis. Como as crianças do presente estudo apresentaram média de renda familiar baixa supõe-se que comerciais de produtos de higiene dentária nos meios de

comunicação de massa podem ter incentivado a aquisição destes produtos, além das recomendações do cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família.

Recomenda-se que o creme dental infantil fluoretado somente seja usado com a supervisão dos pais/cuidadores, com o incentivo para a criança cuspir a pasta após a escovação. Caso a criança demonstre que gosta de ingerir, este não deve ser usado até os 3 anos (BRASIL,2012). Optar nestes casos, usar o creme dental sem flúor.

A maioria dos entrevistados, em ambos os grupos, respondeu adequadamente sobre quem deve realizar a escovação dentária, ou seja, que os pais devem acompanhar a criança no momento da escovação, e realizarem juntos. Os pais demonstraram conhecimento adequado com relação as suas responsabilidades e participação na higiene bucal da criança. A responsabilidade pela higiene bucal da criança de 3 a 6 anos continua sendo dos pais/cuidadores, porém a criança deve ser estimulada a já escovar seus dentes, com supervisão, possibilitando assim o desenvolvimento das suas capacidades motoras. A escovação noturna, antes de dormir, deve ser realizada pelos pais (BRASIL, 2012).

O grupo de crianças com puericultura apresentou maior porcentagem de acertos (64,5%) sobre a quantidade de creme dental que deve ser colocado nas cerdas da escova, que o grupo sem puericultura (45,1%), porém estatisticamente semelhantes. Este último obteve valores aproximados aos encontrados no estudo de Ferreira *et al.* (2010), quando 48,6% de pais participantes de um programa de puericultura acreditavam que uma pequena quantidade é suficiente para uma higienização dental de qualidade. As orientações do CD no grupo com puericultura odontológica contribuíram certamente para apresentação deste resultado mais favorável. Em consultas de puericultura, os pais/cuidadores devem ser orientados sobre sua responsabilidade de colocar o creme dental sobre a escova, em quantidade mínima, na medida de um grão de arroz cru, com o incentivo para a criança cuspir a pasta após a escovação. A ingestão frequente de flúor acima dos níveis aceitáveis é responsável pelo aparecimento de fluorose na dentição permanente (BRASIL, 2012).

O grupo com puericultura odontológica apresentou menor porcentagem de crianças com uso de chupeta (19,3%) e mamadeira (32,2%) que o grupo sem puericultura odontológica, que apresentou 35,4% e 41,9%, respectivamente, porém sem diferença estatística entre os grupos. Na literatura, encontrou-se valores mais elevados destes hábitos orais deletérios, sendo 52,2% para o uso de chupetas e de 50% para o uso de mamadeiras na faixa etária de 2 à 11 anos (FARIAS, 2010). As orientações com relação aos hábitos orais deletérios foram frequentemente abordadas com os pais/cuidadores, desde a primeira consulta odontológica do bebê, o que pode ter influenciado para a redução e descontinuidade do hábito. Deve-se desestimular estes hábitos, pois a sucção da chupeta ou mamadeira pode acarretar alterações bucais em crianças, como más oclusões e alterações no padrão de deglutição (BRASIL, 2012).

Em relação a idade ideal para a remoção dos hábitos de sucção de chupeta e mamadeira, para não prejudicar a dentição, a maioria dos entrevistados, 77% dos pais no grupo com puericultura e 86% no grupo sem puericultura, estavam bem informados sobre o tema, e responderam que seria até a idade de 1 ou 2 anos. Destes, maior quantidade de pais (58%) do GO afirmaram que a idade ideal seria ainda mais cedo, até 1 ano de idade, enquanto no outro grupo 41,9% concordaram. Nas consultas de puericultura odontológica desestimulou-se que as crianças usassem ou, removessem o quanto antes estes hábitos de sucção. Caso o hábito já esteja instalado, deve-se procurar removê-lo o quanto antes para prevenir as alterações e possibilitar sua reversão natural (BRASIL, 2012).

Os pais do grupo sem puericultura odontológica demonstraram ter mais dificuldades (61,2%) em colocar em prática os cuidados com a saúde bucal das crianças que o grupo com puericultura odontológica (48,3%). As dificuldades apresentadas foram: criança não permite escovar, criança gosta de comer doces, mãe trabalha e não está em casa para cuidar, a avó não quer tirar a chupeta, dificuldade de acesso a tratamento odontológico, falta de conhecimento sobre os cuidados em saúde bucal. As consultas de puericultura odontológica devem ter influenciado para que os pais e cuidadores apresentassem menores porcentagens relacionadas a dificuldades nos

cuidados, pois receberam orientações a respeito, puderam dirimir possíveis dúvidas, sentindo-se mais seguros em colocar os conhecimentos em prática.

No GS, 71% das crianças tinham sido levadas ao dentista enquanto no GO todas as crianças haviam visitado um dentista pelo menos uma vez ( $p=0,00$ ), já que, neste último grupo, compareceram as consultas quando eram bebês. Diferentemente deste estudo, Oliveira e Forte (2011) revelaram dados bem inferiores em que apenas 10,7% das crianças de 0 a 3 anos haviam sido levadas para consulta odontológica, evidenciando assim a necessidade de programas voltados para esta faixa etária.

Mais da metade (61,6%) do grupo com puericultura odontológica estava adequadamente informado sobre quando deve acontecer a primeira consulta ao cirurgião-dentista, acreditando ser no primeiro ano de vida. No grupo sem puericultura odontológica, 45,1% responderam acertadamente. Percentuais ainda maiores (87,1%) foi relatado no estudo de Ferreira *et al.* (2010) com pais de bebês atendidos no setor de Puericultura de um hospital universitário do país. A parceria da equipe da Estratégia de Saúde da Família acaba por disseminar a informação da necessidade do bebê comparecer a consulta com o dentista no primeiro ano de vida, e isso passa a ser prática corriqueira na rotina da unidade de saúde. Sugere-se que os CD se aproximem da sua equipe de saúde para desenvolverem, em conjunto, ações interdisciplinares de promoção e educação em saúde.

Os pais são os responsáveis por oferecer alimentos as crianças. Dentre os vinte e quatro itens de alimentos pesquisados junto as mães, quatro deles apresentaram frequência de consumo diário com diferença estatisticamente significativa, na comparação entre os grupos estudados.

Um ponto a ser discutido refere-se aos instrumentos de avaliação alimentar (questionários, formulários), porque as pessoas em geral tende a omitir informações relacionadas ao consumo de açúcar, especialmente as mães, ao serem questionadas sobre a alimentação dos seus filhos (GUEDES-PINTO, 2010). Contudo, as informações coletadas no mapa alimentar verificaram menor consumo médio diário de açúcar e doces no grupo com puericultura do que no grupo sem puericultura odontológica. O mesmo constatou-se no estudo de Figueiredo *et al.* (2008), em que ocorreu redução de

dieta cariogênica como consequência de ações educativas e preventivas odontológicas em crianças de 0 a 36 meses de idade. Os pais que participaram das consultas odontológicas de puericultura receberam informações a respeito da dieta do bebê, principalmente, sobre quais alimentos devem ser evitados a fim de não desenvolver a cárie dentária e em consequência, gerou alguma mudança comportamental relacionada a dieta das crianças acompanhadas.

O cirurgião-dentista (CD) da ESF deve reforçar a importância do controle da ingestão de açúcar, evitando principalmente seu uso frequente entre as refeições, o que está fortemente relacionado com a ocorrência de lesões de cárie (BRASIL, 2012). A ingestão de açúcares mais de quatro vezes ao dia leva a um aumento do risco a cárie (DIAS, 2007). A sacarose, proveniente da cana-de-açúcar, é considerada o principal substrato para a produção de depósitos extracelulares de polissacarídeos, frutano e glicano. A sacarose serve de matriz insolúvel de polissacarídeos, favorecendo a colonização dos micro-organismos e aumentando a viscosidade do biofilme, o que permite maior aderência as superfícies dentárias. Estas características fazem com que a sacarose tenha o maior potencial cariogênico, quando comparada a outros açúcares (GUEDES-PINTO, 2010).

O amido é um polissacarídeo da glicose e, os alimentos que contêm amido, como pães e macarrão, provocam queda do pH pouco menor que a sacarose. No entanto, algumas combinações de sacarose e amido, presentes em bolos, sobremesas e bolachas doces, sugerem ser mais cariogênicas que a sacarose, quando utilizadas isoladamente, provavelmente em razão de sua maior retenção nas superfícies oclusais. A frequência e o tempo de permanência destes alimentos na cavidade bucal são fatores determinantes no processo da doença cárie (GUEDES-PINTO, 2010).

Os resultados obtidos com o mapa alimentar revelou ainda um maior consumo médio diário de verduras e de suco sem açúcar no grupo com puericultura odontológica do que no grupo de comparação.

Alguns alimentos possuem fatores inibidores da atividade de cárie dentária, como por exemplo, alimentos duros e fibrosos, que estimulam a secreção salivar e seu efeito tampão frente aos ácidos produzidos pelos micro-organismos cariogênicos (GUEDES-PINTO, 2010). Um tipo de alimento com as



características descritas acima, as verduras, foram mais consumidas pelas crianças do grupo acompanhado por cirurgiã-dentista na puericultura que no outro grupo, o que sugere que as orientações sobre alimentação saudável deste profissional pode ter modificado os hábitos dietéticos destas crianças.

Com relação ao momento para a mãe iniciar a limpeza da boca da criança, grande parcela de pais/cuidadores não respondeu adequadamente esta questão, em ambos os grupos. Este tema deve ser enfatizado nas consultas, pois muitos pais acham desnecessário higienizar a boca do bebê antes da erupção dentária. A higiene oral da criança deve ser iniciada o mais breve possível, a partir dos primeiros dias de vida, com a finalidade de remover o leite estagnado no interior da boca e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumá-la à manipulação da boca (BRASIL, 2012).

Os pais/cuidadores demonstraram conhecimentos limitados, em ambos os grupos, quando perguntados se achariam possível uma criança crescer sem cárie; a grande maioria não acredita nesta afirmação. No grupo sem puericultura odontológica a porcentagem (64,5%) chegou próximo ao valor encontrado por Oliveira e Forte (2011) de 62,5%, enquanto no grupo com puericultura o valor foi ainda maior (80,6%). Os pais/cuidadores tendem a confundir a doença cárie com uma condição fisiológica, natural da infância. Nas consultas de puericultura odontológica, deve-se explicar de forma mais enfática que, se todos os cuidados em saúde bucal forem tomados, a doença não se desenvolverá.

Recomenda-se ainda reforçar, no momento das consultas odontológicas de Puericultura, a informação sobre a transmissibilidade da cárie da mãe para o bebê, pois apenas 29,0% dos entrevistados, no grupo com puericultura, responderam sim a afirmação. Este valor se encontra bem abaixo do encontrado em estudo de Oliveira e Forte (2011), em que 77% dos entrevistados entenderam que sim. No estudo de Ferreira et al. (2010), 51,4% dos pesquisados desconheciam o fato de a mãe ser a principal fonte de transmissão de bactérias cariogênicas para seus filhos. Algumas informações podem não ficar claras para as mães nos momentos das consultas de Puericultura na unidade básica de saúde. Sugere-se realizar educação em saúde coletiva, paralelamente as consultas, utilizando outras estratégias na

troca de conhecimentos, como por exemplo, por meio de equipamentos audiovisuais.

A prevalência de cárie dentária no grupo com puericultura odontológica (GO) foi de 25,8% e a do grupo sem puericultura odontológica (GS) foi 38,7%. O valor percentual do GO chegou próximo ao encontrado em crianças de 18 a 36 meses de idade, no levantamento epidemiológico nacional, em 2003, quando a prevalência foi de quase 27% (BRASIL, 2005). Estes valores estão abaixo dos encontrados em outra pesquisa nacional mais recente, Projeto SB Brasil 2010, quando 53,4% das crianças aos 5 anos de idade apresentaram a doença (BRASIL, 2012). Uma possível explicação para esta diferença entre os valores percentuais pode ser em decorrência da média de idade das crianças que, no atual estudo foi de 4 anos.

Quando os grupos foram considerados por faixa etária, a prevalência de cárie na idade de 2-3 anos foi de 18,7% no GO e de 12,5% no GS ( $p=0,62$ ). Na faixa etária de 4-6 anos, a prevalência de cárie foi de 33,3% no GO e de 66,6% no GS ( $p=0,06$ ). O valor de 33,3% encontrado no grupo que recebeu as ações da Odontologia na puericultura assemelha-se aos dados da cidade de Londrina no Paraná, após a incorporação pioneira do programa educativo-preventivo de Atenção Precoce em Saúde Bucal, que passou a ser desenvolvido nas unidades básicas de saúde deste município (STOCCO; BALDANI, 2011). Enquanto isso, os valores do grupo sem puericultura odontológica, 66,6%, apresentou-se maior que os 53,4%, valor já citado anteriormente, da pesquisa nacional, Projeto SB Brasil 2010. As ações odontológicas de puericultura podem ter influenciado na menor prevalência de cárie no GO, já que outras variáveis como condição socioeconômica, renda familiar, grau de formação dos pais eram semelhantes entre os grupos.

O grupo que não recebeu as ações de Odontologia na puericultura apresentou maior prevalência de cárie dentária. O mesmo verificou-se no estudo de Stocco *et al.* (2011), em que a prevalência de cárie foi maior (26%) no grupo sem acompanhamento odontológico do que no grupo com consultas odontológicas de rotina (17%). Os pais/cuidadores das crianças que não participaram de consultas de puericultura com o cirurgião-dentista (CD) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) não foram orientados desde cedo sobre

os cuidados necessários sobre a manutenção da saúde bucal de seus filhos e podem ter negligenciado práticas mais saudáveis. Recomenda-se, desta forma, realizar consultas odontológicas programadas com os bebês no âmbito da ESF, a fim de orientar as mães e a família da criança, com relação aos hábitos de higiene oral e dieta não cariogênica.

Com relação a prevalência de alterações gengivais (AG), nenhuma criança examinada apresentou sangramento gengival. Por conseguinte, quando os dois grupos foram comparados, não houve diferença estatisticamente significativa. Este achado difere dos encontrados em literatura, quando no levantamento epidemiológico nacional em 2003, 6% da população de 5 anos apresentaram alterações gengivais (BRASIL, 2004); do descrito por Silva *et al.* (2013), no qual ocorreu 11,9% de sangramento gengival em crianças de 0 a 18 meses; e por Barreto *et al.* (2013), em que 3,1% ocorreu em crianças de 3 a 5 anos.

É provável que o menor tamanho amostral da atual pesquisa tenha influenciado nesta relação. Igualmente, diferenças na aferição do índice neste último estudo, com o uso do fio dental antes da realização do exame clínico odontológico, pode ter ocasionado maiores sangramentos gengivais.

Os índices de ceod (dentes cariados, extraídos e obturados) dos grupos GO e GS encontrados foram de 0,7 e 1,1, respectivamente. As ações odontológicas na puericultura atuaram como fator de proteção para a doença cárie dentária no GO se considerado o valor absoluto de cada índice, porém estatisticamente semelhantes ( $p=0,33$ ). Os dois grupos apresentaram valores muito baixos de ceod, de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Ao se comparar com o ceod aos 5 anos da pesquisa nacional, no Projeto Saúde Bucal Brasil 2010, constata-se que os valores citados ficaram abaixo do índice nacional que é de 2,4 (BRASIL, 2012). Ressalta-se que os grupos estudados na presente pesquisa tem média de idade inferior a da pesquisa nacional, o que pode ser um dos fatores que contribuíram com a apresentação de resultados mais positivos. Outro fator é o dado ser mais atual que o nacional, este obtido há cinco anos atrás pois, a medida que os anos passam, existe uma tendência de redução dos índices relacionados a cárie.

Os valores dos índices de cárie encontrados no atual estudo se apresentaram melhores, ou seja, menor média de dentes cariados, perdidos e obturados, do que índices encontrados em literatura (VIEIRA, 2011; BARRETO, 2013; SANTOS JÚNIOR, 2013; BARBOSA, 2013). Essa diferença pode ser justificada pela época em que aconteceram estas pesquisas, algumas até há dez anos atrás.

No grupo sem puericultura odontológica (GS), o ceod aumentou consideravelmente com o aumento da idade ( $p=0,001$ ), da faixa etária de 2-3 anos (ceod 0,1) para a faixa etária de 4-6 anos (ceod 2,2). O mesmo ocorreu no estudo de Santos Júnior *et al.* (2013), no qual observou-se diferença significativa para o ceod em relação a faixa etária de 4-5 anos para 6-8 anos, o que já é esperado, pois a doença cárie tende a aumentar em função da idade.

No grupo com puericultura odontológica (GO), o ceod não aumentou ( $p=0,55$ ) em função da idade, permanecendo as duas faixas etárias com valores de ceod próximos, 2-3 anos (ceod 0,5) e 4-6 anos (ceod 0,8). Estes achados sugerem que as crianças do grupo com puericultura odontológica (GO) tem uma tendência menor, com o passar da idade, a desenvolver cárie que as crianças do grupo sem puericultura (GS). Portanto, o programa de Puericultura se mostrou mais efetivo que o atendimento de demanda espontânea, pois obteve a manutenção da saúde bucal na população infantil do GO.

Ainda, quando apenas a faixa etária de 4-6 anos é considerada, o índice ceod apresentou-se menor no grupo com puericultura odontológica (ceod 0,8) do que no grupo sem puericultura odontológica (ceod 2,2), o que significa uma menor média de dentes cariados, perdidos e obturados no primeiro grupo. Vieira *et al.*(2011) confirma o fato de que grupos de crianças sem acompanhamento odontológico periódico, tanto preventivo como curativo torna maior a probabilidade de ocorrência da doença cárie nesta população.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como em todas as ações que venham a ser desenvolvidas na área da saúde, faz-se necessário um monitoramento contínuo das ações de promoção em saúde bucal a fim de verificar se estas têm cumprido o seu papel. Caso as ações não estejam sendo eficazes, é preciso rever e redirecioná-las de forma a alcançar o seu objetivo, que é o de preservação da saúde bucal da população usuária do serviço de saúde.

A prevalência de cárie dentária no grupo com ações odontológicas apresentou-se menor que no grupo sem ações odontológicas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quando os valores das prevalências das alterações gengivais foram comparados.

Na comparação do índice ceod dentro do mesmo grupo, aconteceu que no grupo sem puericultura odontológica (GS) este índice aumentou consideravelmente com o aumento da idade ( $p=0,001$ ), da faixa etária de 2-3 anos (ceod 0,1) para a faixa etária de 4-6 anos (ceod 2,2). No grupo com puericultura odontológica (GO) isto não aconteceu ( $p=0,55$ ), permanecendo as duas faixas etárias com valores de ceod próximos, 2-3 anos (ceod 0,5) e 4-6 anos (ceod 0,8). O GO se manteve saudável enquanto no outro grupo (GS) houve incremento de cárie em função da idade.

Na comparação entre os grupos, do índice ceod encontrado na faixa etária de 4-6 anos, o grupo com puericultura odontológica (ceod 0,8) obteve uma menor média de dentes cariados, perdidos e obturados que o grupo sem puericultura odontológica (2,2).

Portanto, após determinar índice ceod e prevalência das doenças cárie e gengivite nos dois grupos pesquisados, verificou-se que as ações odontológicas na Puericultura atuaram como fator de proteção para a doença cárie dentária, na saúde bucal de crianças acompanhadas no serviço de Puericultura.

Na avaliação dos conhecimentos e práticas dos pais, o grupo com puericultura odontológica demonstrou maior adesão à escovação dentária ( $p=0,01$ ); maior frequência diária de escovação ( $p=0,01$ ) e maior quantidade de crianças com 1ª consulta ao dentista realizada ( $p=0,00$ ).

As ações do cirurgião-dentista em consultas de puericultura na UAPS pesquisada ainda foram eficazes na medida em que promoveu um menor consumo diário de açúcar e doces e maior consumo de verduras e suco sem açúcar no grupo que recebeu estas ações, quando comparado ao outro grupo.

Diante do exposto, a pesquisadora confirma a hipótese de que as crianças que receberam as ações da Odontologia, em consultas de puericultura, apresentaram melhores condições de saúde bucal que as que não pertenciam ao programa. E ainda, os pais das crianças do GO demonstraram maiores conhecimentos e melhores práticas referentes a alguns aspectos dos cuidados em saúde bucal na infância.

Entretanto, diante de outros aspectos, avaliou-se que estes conhecimentos e práticas não se mostraram estatisticamente significativos, ou seja, os pais/cuidadores que participaram das consultas de puericultura demonstraram conhecimentos semelhantes ao do outro grupo. Bem como, o grupo sem puericultura odontológica obteve mais acertos ( $p=0,02$ ) referentes a conhecimentos relacionados à transmissibilidade da cárie dentária. Assim, alguns temas precisam ser revistos, para que sejam abordados aspectos que necessitam ser mais bem esclarecidos junto aos pais/cuidadores.

Recomenda-se maiores esclarecimentos relativos a idade de se iniciar a limpeza da boca da criança, sobre a possibilidade da criança crescer sem cárie, e sobre transmissibilidade desta doença.

Vale salientar a relevância dos achados encontrados, que corroboram para a continuidade das ações odontológicas na unidade de saúde onde a pesquisa se desenvolveu, e incentivam a reprodução deste tipo de tecnologia em outras unidades primárias do município, contribuindo assim para a promoção da saúde bucal de muitas crianças do município de Fortaleza-CE.

Como limitações do estudo, o instrumento de coleta de dados na forma de formulário se mostrou em parte limitador da captação da realidade da família pesquisada, pois o entrevistado tinha a possibilidade de omitir informações ou mesmo, não responder com precisão. Para minimizar este viés, poderia ter sido incluído mais um instrumento que levasse em conta a observação *in loco* do pesquisador. Destaca-se ainda que o avaliador não foi

cegado para o processo de coleta de dados dos grupos, o que pode levar a ocorrência do viés de aferição. Outro fato é que a avaliação do conhecimento dos pais/cuidadores se deu, muitas vezes, após um longo tempo decorrido das consultas de puericultura, principalmente nas crianças de maior idade, o que pode ter ocasionado um viés de memória, ou seja, esquecimento de algumas informações repassadas pelo cirurgião-dentista aos pais/cuidadores quando seus filhos ainda eram bebês.

Contudo, a composição de grupos homogêneos, com rigorosos critérios de pareamento, descartou a possibilidade de viés de seleção nos resultados apresentados. Estes resultados podem ser extrapolados para o contexto de outras unidades primárias de saúde (UAPS) do município de Fortaleza-CE, desde que os cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) destas UAPS adotem o mesmo protocolo de atendimento de Puericultura disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE e desde que atendam populações com características sócio-econômicas semelhantes às eleitas neste estudo.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Clinical guideline on baby bottle tooth decay/ early childhood caries/breastfeeding/early childhood caries**: unique challenges and treatment options. May 2001.

Disponível em: <[http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby\\_Bottle\\_TDEEC.pdf](http://www.aapd.org/members/referencemanual/pdfs/Baby_Bottle_TDEEC.pdf)>. Acesso em: 26 Out. 2014.

ASSIS, W. D.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S.; SÁ, L. D. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.64, n.1, Jan./Fev. 2011.

BADALOTTI, T. S.; WEIGERT, K. L.; BOS, A. J. G. Effect of a health education program in the oral health profile of preschool children: an experience in the public network of Porto Alegre, Brazil. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v.26, n.1, p.102-109, jan./mar.2013.

BARBOSA, R. W.; SANTOS NETO, E. D.; ZANDONADE, E.; OLIVEIRA, A. E. Avaliação de um protocolo educativo materno sobre parâmetros biológicos de saúde bucal infantil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v.15, n. 1, p.80-88, jan./mar 2013.

BARRETO, D. M.; PAIVA, S. M.; JORGE, M. L. R.; FERREIRA, M. C. Avaliação da eficácia de uma atividade educativo preventiva com pré-escolares: estudo piloto de um ensaio clínico randomizado. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 49, n.3, p. 113-121, jul/set 2013.

BRANDÃO, I. M. G. et al. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1247-1256, jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília – DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2005.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68p.

CAMPOS, R. M. C.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C.V.; SAPAROLLI, E.C.L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, Jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Out. 2014.

COSTA, M. E.P. R. **Avaliação de um programa de saúde bucal em bebês e pré-escolares no município de Carmo de Minas- MG**. 2002. 227 f.

Dissertação (Doutorado em Odontologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, 2002.

COUTO, G. B. L.; VASCONCELOS, M. M. V. B; MELO, M. M.D. C.; CAMELO, C. A. C.; VALENÇA, P. A. M. Prevalência da cárie, mancha branca e placa visível em crianças de 0 a 36 meses, assistidas pelo Programa de Saúde da Família na cidade de Camaragibe-PE. **Odontol. Clin-cient.**, v.4, n.1, p. 19-27, jan./abr. 2005.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**. Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

DEL CIAMPO, L. A; RICCOL, R. G.; DANELUZZI, J. C.; DEL CIAMPO, I. R. L.; FERRAZ I. S.; ALMEIDA, C. A. N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232006000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Out. 2014.

DIAS, A. A.et al. **Saúde Bucal Coletiva**. Metodologia de Trabalho e Práticas. São Paulo: Santos, 2007.

FARIAS, A. V. M.; VASCONCELOS, M. C. R.; FONTES, L. B.C.; BENEVIDES, S. D. Repercussões das estratégias de retirada dos hábitos orais deletérios de sucção nas crianças do Programa de Saúde da Família em Olinda-PE. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.12, n. 6, p. 1516-1846, nov.\dez. 2010.

FERREIRA, J. M. S.; SILVA, S. F.; ARAGÃO, A. K. R.; DUARTE, R. C.; MENEZES, V. A. Conhecimento de pais sobre saúde bucal na primeira infância. **Pediatria Moderna**, Paraíba, v.46, n.6, p.224-30, nov/dez. 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo linhas de cuidado na atenção à saúde da criança**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2012. 117p.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Cobertura do PSF em Fortaleza cresce mais de 100% em 5 anos**. Fortaleza, 2010a. Disponível em: <[portalantigo.fortaleza.ce.gov.br/contexto/contexto024.html](http://portalantigo.fortaleza.ce.gov.br/contexto/contexto024.html)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. **Desenvolvimento Humano por Bairro em Fortaleza\_CE**. 2010b. Disponível em: <[http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u2392/livreto\\_idh-b\\_fortaleza\\_1.pdf](http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u2392/livreto_idh-b_fortaleza_1.pdf)>. Acesso em: 06 ago.2016.

FIGUEIREDO, M. C.; GUARIENTI, C. A. D.; SAMPAIO, M. S.; MICHEL, J. A.; DIAZ, B. G. M. R. La importancia de incluir a los niños em el primer ano de vida em los proyectos de salud pública: evaluación de los resultados de una clínica de bebés. **Rev Fac Odontol Univ Antioq**, v.19, n.2, p. 5-12, 2008.

GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 3, Jun 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Out. 2014.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 8.ed. São Paulo: Santos, 2010. 1007p.

HALE, K. J. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. **Pediatrics**, v. 111, n. 5, p. 1113-1116, May 2003. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/111/5/1113.full.pdf>>. Acesso em: 28 Jun. 2016.

KRAMER, P. F; ARDENGHI, T. M.; FERREIRA, S.; FISCHER L. A.; CARDOSO L.; FELDENS C. A. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 150-156, jan. 2008.

KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo- preventivo na cidade de Ponta-Grossa-PR**. 2002. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

KUHN, E.; WAMBIER, D. S. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.**, v. 7. n. 1, p.75-81, jan/abr. 2007.

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

OLIVEIRA, W. F.; FORTE, F. D.S. Construindo o significado da saúde bucal a partir de experiência com mães. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.11, n.2, p. 183-191, abr/jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)**: manual de capacitação em atenção primária. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2005.

PEREIRA, M. B. B.; FREIRE, M. C. M. An infant oral health programme in Goiânia- GO, Brazil: results after 3 years of establishment. **Braz oral res**,v.18, n.1, p.12-17, jan/mar.2004.

PICCINI, R. X.;FACCHINI L. A.;TOMASI E.;THUMÉ E.; SILVEIRA,D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES,M. A.; PANIZL V. V.; TEIXEIRA,V. A. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.7, n.1, jan./mar. 2007.

PINHOL, A. Minuto Ligado. Disponível em:<http://minutoligado.com.br/mapas/mapa-de-fortaleza-linha-do-metro-mapa-do-estado/#>. Acesso em : 04 de setembro de 2016.

SANTOS JÚNIOR, V. E. ; ALENCAR, A. V. F.; SOUZA, R. M. B.; CAVALCANTI, F.; HEIMER, M. V.; ROSENBLATT, A. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 61-66, jan/abr. 2013.

SILVA, R. A.; NÓIA, N. B.; GONÇALVES, L. M.; PINHO, J. R. O.; CRUZ, M. C. F. N. Avaliação da participação de mães em um programa de prevenção e controle de cáries e doenças periodontais para lactentes. **Rev. paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 31,n. 1, p. 83-89, mar. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n1/15.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

STOCCO, G.; BALDANI, M. H. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). **Rev. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, Abr. 2011.

VIEIRA A. P. G. F.; KARBAGE J. P. Impacto da atenção odontológica na saúde bucal de crianças. **RBPS**, Fortaleza, v.24, n.1, p.10-15, jan./mar. 2011.

VITOLLO, M. R; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.86, n.1, p. 80-84, jan./fev. 2010.

WALTER, L. R. F.; LEMOS, L. V. F. M.; MYAKI, S. I.; ZUANON, A C. C. **Manual de Odontologia para bebês**. São Paulo: Artes Médicas. 2014.

**APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM OS PAIS**

1. Parentesco com a criança:

1. ( ) Pai/mãe 2. ( ) Avô/ avó 3. ( ) Outros \_\_\_\_\_

2. Data de nascimento do pai/responsável: \_\_\_\_\_

3. Data de nascimento da criança: \_\_\_\_\_

4. Nº de consultas: \_\_\_\_\_

5. Data da consulta inicial: \_\_\_\_\_

6. Data da consulta final: \_\_\_\_\_

7. Anos de estudo dos pais/ responsáveis: \_\_\_\_\_

8. Renda familiar:

1. ( ) Até 1 salário mínimo 2. ( ) de 1 a 2 salários mínimos

3. ( ) mais de 2 salários mínimos

9. Quem orientou quanto aos cuidados com a saúde bucal das crianças?

1. ( ) família 2. ( ) escola 3. ( ) cirurgião-dentista

4. ( ) outro profissional da saúde 5. ( ) outros \_\_\_\_\_

6. ( ) não teve orientação

10. Quando se deve iniciar a limpeza da boca da criança?

1. ( ) logo após o nascimento da criança

2. ( ) quando nasce o primeiro dentinho

3. ( ) quando inicia alimentação sólida

4. ( ) não sabe 5. ( ) outros \_\_\_\_\_

11. Acha possível uma criança crescer sem cárie?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe

12. Higieniza a boca da criança?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Às vezes

13. Quantas vezes ao dia limpa a boca do seu filho (a)?

1. ( ) Não faz 2. ( ) 1 vez 3. ( ) 2 vezes 4. ( ) 3 vezes ou mais

14. Qual a forma de higienização bucal que você utiliza?

1. ( ) Não realiza    2. ( ) Escova e pasta de adulto  
3. ( ) Escova e pasta infantil    4. ( ) Fralda e água/pasta    5. ( ) Cotonetes  
6. ( ) Água apenas    7. ( ) Mel rosado  
8. ( ) Escova e pasta sem flúor    9. ( ) Outros \_\_\_\_\_

15. Quem realiza a escovação ou limpeza da boca da criança?

1. ( ) pai/mãe/criança    2. ( ) apenas a criança    3. ( ) babá  
4. ( ) outro familiar

16. Quanto de pasta de dente é colocado sobre as cerdas da escova?

1. ( ) cobrindo toda    2. ( ) metade    3. ( ) menos da metade

17. Já levou o filho ao dentista?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

18. Quando deve acontecer a primeira consulta ao dentista?

1. ( ) antes de 1 ano de idade  
2. ( ) aos 2 anos de idade  
3. ( ) aos 3 anos de idade  
4. ( ) quando identificar alguma alteração (cavidade, sangramento gengival, trauma dental, alteração de cor)  
5. ( ) caso ele sinta dor

19. Você acha que é possível transmitir cárie para seu filho?

1. ( ) Sim    2. ( ) Não

20. Seu o filho(a) usa chupeta?    1. ( ) Sim    2. ( ) Não

21. Seu filho(a) usa mamadeira?    1. ( ) Sim    2. ( ) Não

22. Qual a idade ideal da criança deixar de usar chupeta e/ou mamadeira, para não prejudicar a dentição e posicionamento lingual?

1. ( ) 1 ano    2. ( ) 2 anos    3. ( ) 3 anos  
4. ( ) 4 anos ou mais    5. ( ) Não sabe

23. Indique a frequência de ingestão diária dos alimentos listados no formulário

abaixo (mapa de dieta alimentar), que estão presentes na dieta de seu filho, tendo como referência a semana anterior.

24. Você considera que há dificuldade(s) para colocar em prática os cuidados com a saúde bucal das crianças? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Se sim, qual(is)?

#### MAPA DE DIETA ALIMENTAR

Alimentos	Não consome	Café da manhã	Lanche manhã	Almoço	Lanche tarde	Jantar	Entre as refeições
Açúcar							
Batata							
Bolacha doce							
Bolacha salgada							
Caramelo\ balas\ dropes e similares							
Chiclete							
Chocolate							
Doces (compotas, de leite, etc)							
Salgadinhos de milho							
Frutas							
Gelatina doce							
Geléia							
Iogurte							
Leite condensado							
Mel de abelha\ Karo							
Pão doce							
Pão salgado							
Refrigerantes							
Sorvete							
Suco com açúcar							
Suco sem açúcar							
Torta\ bolo							
Verduras							
Medicamento (xarope)							

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS/RESPONSÁVEIS

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Para os responsáveis

Venho pelo presente documento, informar que realizarei uma pesquisa com o Sr.(a) e com seu filho(a) sobre **Ações da Odontologia em consultas de Puericultura na Estratégia de Saúde da Família**. Os objetivos serão identificar os conhecimentos e práticas dos pais referentes à saúde bucal de seus filhos, bem como avaliar a presença de alterações gengivais e cavidades de cárie dentária nas crianças. Para isto serão feitas algumas perguntas aos Srs.(as) pais/ responsáveis através de um formulário e realizado o exame clínico odontológico de seu filho.

A participação do seu filho (a) será confirmada com sua assinatura ao final deste documento, que está em duas vias, uma sua e outra do pesquisador.

Informo ainda que essa participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) Sr.(a) poderá desistir desta autorização e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contato pelo telefone abaixo. Asseguro que as informações dadas são sigilosas e serão utilizados somente pelo pesquisador. O seu nome e do seu filho não aparecerão nos resultados ou em qualquer documento gerado pela pesquisa e os resultados da mesma serão publicados em eventos científicos e revistas. Não haverá pagamento e nem ônus de nenhuma forma pela participação na pesquisa.

Dentre os benefícios da participação estão: possibilidade de identificar alterações de saúde bucal, identificação de fatores de risco para alterações de saúde bucal e possibilidade de modificação de hábitos para a prevenção de alterações de saúde. A participação no estudo oferece mínimos riscos, e garanto que não haverá prejuízos para a saúde de seu filho.

Caso você concorde, o presente documento será assinado em duas vias de igual teor. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe o meu nome e telefone para possíveis questionamentos sobre esse trabalho.

Dentista: Dirlia Silva Cardoso Macambira

End.: Rua Paraguai, s/n Bairro Bela Vista. Fortaleza - CE

Tel. 86417378/ 34332890

Email: dirliasc@hotmail.com

Para entrar em contato com o Comitê de Ética:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB. Tel:(085)- 33321414

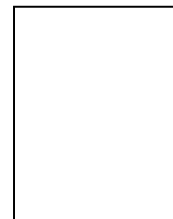
### CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIDO

Declaro que após conveniente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador



## ANEXO A – FICHA CLÍNICA PARA EXAME ODONTOLÓGICO

**Projeto SB2000** Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2.000 **Ficha de Exame** ORIG./DUP.

Nº IDENTIFICAÇÃO <input type="text"/>	ESTADO <input type="text"/>	MUNICÍPIO <input type="text"/>	FLUOR <input type="text"/>	ANOS FLUORETAÇÃO <input type="text"/>
SETOR CENSITÁRIO <input type="text"/>	QUADRA / VILA <input type="text"/>	ESCOLA <input type="text"/>	EXAMINADOR <input type="text"/>	

**INFORMAÇÕES GERAIS**

Idade em anos  Sexo  Grupo Étnico

Idade em meses (somente para bebês)  Localização Geográfica  Realização do Exame

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

USO DE PRÓTESE  
Sup  Inf

NECESSIDADE DE PRÓTESE  
Sup  Inf

**FLUOROSE DENTÁRIA.** 12 anos e 15-19 anos

**ANORMALIDADES DENTOFACIAIS**

**DAI** (12 e 15-19 anos)  
DENTIÇÃO  Número de I.C. e PM perdidos

**ESPAÇO**  
Apinhamento na região de incisivos  Espaçamento na região de incisivos  Diastema em milímetros  Desalinhamento maxilar anterior em mm  Desalinhamento mandibular anterior em mm

**MÁ-OCCLUSÃO** (5 anos)  
Overjet maxilar anterior em mm  Overjet mandibular anterior em mm  Mordida aberta vertical anterior em mm  Relação molar ântero-posterior

**CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO**  
Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Coroa 48 47 46 45 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 31 32 33 34 35 36 37 38  
Raiz  
Trat.

**DOENÇA PERIODONTAL**

AG (5 anos)

CPI 12 anos 15-19 anos 35-44 anos 65-74 anos  
17/16  11  26/27   
47/46  31  36/37

PIP 35-44 anos 65-74 anos  
17/16  11  26/27   
47/46  31  36/37

**ALTERAÇÕES TECIDO MOLE**  
Todos os grupos etários

OBS.: Apenas os campos da ficha clínica referentes à cárie dentária e alterações gengivais (AG) em dentes decíduos foram utilizados nesta pesquisa.



## ANEXO B\_PARECER DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Ações da Odontologia em consultas de Puericultura

**Pesquisador:** Emilia Soares Chaves

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 49240015.0.0000.5576

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.269.635

#### Apresentação do Projeto:

O projeto trata sobre as ações da odontologia em consultas de puericultura na estratégia de saúde da família

#### Objetivo da Pesquisa:

2.1 Geral:

- Analisar as ações desenvolvidas por cirurgião-dentista, nas consultas de puericultura de uma unidade de atenção primária à saúde na Estratégia Saúde da Família, do município de Fortaleza-CE.

2.2 Específicos:

- Determinar a prevalência das doenças cárie e gengivite em grupos expostos e não expostos às ações odontológicas.

- Verificar se as ações odontológicas na Puericultura atuaram como fator de proteção para as doenças cárie e gengivite, na saúde bucal das crianças acompanhadas no Programa de Puericultura.

- Avaliar os conhecimentos e práticas dos pais das crianças, sobre a saúde bucal de seus filhos, nos dois grupos pesquisados.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da participação no estudo são mínimos, não havendo prejuízos para a saúde. Poderá

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3

**Bairro:** Centro Redenção

**UF:** CE

**Município:** REDENCAO

**CEP:** 62.790-000

**Telefone:** (85)3332-1381

**E-mail:** rafaellapessoa@unilab.edu.br