

CONHECIMENTO DE PAIS/CUIDADORES SOBRE SAÚDE BUCAL NA INFÂNCIA

Dírlia Silva Cardoso Macambira

Unidade Básica de Saúde do município de Fortaleza (CE), Brasil.

E-mail: dirlisc@hotmail.com

Emilia Soares Chaves

Docente Adjunto da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Brasil.

Edmara Chaves Costa

Docente Adjunto II da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Brasil.

RESUMO: A informação acerca da importância dos aspectos nutricionais, higiênicos e outros relativos aos cuidados básicos de saúde bucal tende a resultar em uma redução da doença cárie. Objetivou-se avaliar o conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. Estudo quantitativo, transversal comparativo, realizado no período de outubro/2015 a março/2016 em uma unidade de atenção primária à saúde. A amostra de 62 pais/cuidadores foi dividida em dois grupos: com puericultura odontológica e sem puericultura odontológica. O instrumento de coleta de dados consistiu de formulário com perguntas fechadas. Maior adesão e frequência diária de escovação dentária, maior número de crianças com primeira consulta ao dentista, menor consumo diário de açúcar e doces e maior consumo de verduras e suco sem açúcar foram achados do grupo com puericultura odontológica. Pais/cuidadores que receberam orientações do cirurgião-dentista sobre cuidados em saúde bucal demonstraram maior conhecimento e melhores práticas relativos a este tema quando comparados àqueles que não receberam.

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento; Saúde bucal; Crianças.

PARENTS' AND CARETAKERS' KNOWLEDGE ON MOUTH HEALTH IN CHILDHOOD

ABSTRACT: Information on nutritional, hygiene and other health-related data on mouth health decreases caries. Knowledge of parents and caretakers on mouth health of children is discussed by a quantitative, transversal and comparative study undertaken between October 2015 and March 2016 at a basic health unit. Sample comprising 62 parents/caretakers was divided into two groups: with and without dentistry care. Data were collected by a form with closed questions. The group with dentistry care showed a greater adherence and daily teeth brushing, a greater number of children in their first visit to the dentist, low daily intake of sugar and sweets, greater uptake of vegetables and sugar-less juice. Parents and caretakers who received guidelines by the dentist on mouth health were better informed and practiced the given instructions, when compared with the group without any dentistry directions.

KEY WORDS: Knowledge; Mouth health; Child.

INTRODUÇÃO

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).

A puericultura, área da pediatria, preocupa-se com o acompanhamento integral do processo de desenvolvimento infantil, principalmente no primeiro ano de vida, fase de crescimento rápido e de grandes aquisições, com reflexos positivos durante toda a vida (VIDAL, 2011).

As consultas de puericultura 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 profissionais na atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção (CAMPOS et al., 2011).

Nas mesmas perspectivas de prevenção e promoção da saúde da área médica e de enfermagem, surge a atenção odontológica aos bebês de 0 a 36 meses, denominada odontologia para bebês, em 1985, na Universidade de Londrina (WALTER et al., 2014).

A odontologia deve buscar intervir o mais breve possível na prevenção da cárie dentária e das doenças gengivais. A cárie dentária, quando ocorre em crianças menores de três 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 (BRASIL, 2012).

As consequências da cárie precoce são observadas na saúde como um todo. As crianças, por exemplo, podem apresentar baixo peso pela associação da dor ao ato de comer. Porém, medidas simples, como o controle da ingestão de açúcar e estímulo à higiene bucal, podem preveni-la (BRASIL, 2012).

No contexto da estratégia de saúde da família, o Ministério da Saúde orienta que as ações de cuidado em saúde bucal no primeiro ano de vida da criança devem ser realizadas pela equipe de saúde de forma interdisciplinar 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).

Além da equipe de saúde, 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 (OLIVEIRA; FORTE, 2011). Atenção especial deve ser dada a toda a família, com relação ao seu estilo de vida e hábitos, pois hábitos de saúde bucal dos pais influenciam a saúde bucal de seus filhos (CASTILHO et al., 2013).

O tema a ser investigado é relevante, pois, apesar de todos os esforços e investimentos do poder público em saúde bucal nos últimos anos, a cárie dentária na infância ainda é um problema de saúde pública cuja prevalência em crianças aos cinco anos no Brasil atinge 53,4% (MEDEIROS, 2015) e a atuação dos cirurgiões-dentistas na educação em saúde junto aos pais/cuidadores, pode ser um fator a contribuir para a redução desta problemática na população infantil.

Pais demonstram conhecimentos limitados sobre odontologia na primeira infância, bem como desconhecem o risco de crianças pequenas desenvolverem doenças como a cárie dentária (FERREIRA et al., 2010), contudo, a literatura (STOCCO e BALDANI, 2011; VIEIRA e KARBAGE, 2011; SILVA et al., 2013) mostra que, quando ocorre intervenções educativas com mães e cuidadores acerca da importância dos aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos e outros relativos aos cuidados básicos de saúde bucal tende a resultar em uma redução desta doença. O aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está, em geral, diretamente relacionado à desinformação dos pais e responsáveis (BRASIL, 2012).

A partir do contexto apresentado, o estudo objetiva avaliar o conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância em uma unidade de atenção primária à saúde do município de Fortaleza, no Ceará bem como, testar a hipótese de que pais que receberam orientações do cirurgião-dentista (CD) sobre cuidados em saúde bucal demonstram maior conhecimento e melhores práticas relativos a este tema, quando comparados a pais que não receberam estas orientações do CD em consultas de puericultura.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo transversal comparativo desenvolvido com pais/cuidadores em

uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Fortaleza - Ceará, em 2015 e 2016.

Na referida UAPS atuam cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo território de abrangência se localiza em bairros com baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) entre 0,2 e 0,3 (FORTALEZA, 2010).

Especificamente, a pesquisa se desenvolveu com famílias do território de responsabilidade sanitária de duas equipes de saúde (Pici 7 e Pici 8). As famílias com cobertura da equipe Pici 7 foram selecionadas, pois receberam as ações odontológicas de puericultura. As famílias da equipe Pici 8 foram eleitas por se tratar de famílias que, desde a implantação da ESF, não dispunham de acesso à assistência odontológica programada, pois não havia cirurgião-dentista na equipe, formando assim o grupo de comparação (grupo controle).

A amostra do estudo foi composta por 62 pais\cuidadores divididos em dois grupos, a fim de se fazer um estudo comparativo:

- a) *Grupo com puericultura odontológica (GO)*
– Incluídos todos (n=31) os pais\cuidadores cujos filhos (2 a 6 anos) passaram quando bebês por, pelo menos, uma consulta de puericultura com o cirurgião-dentista da equipe Pici 7, e que ainda residiam nos endereços indicados nos prontuários. Os pais\cuidadores que mudaram de endereço, ou estes estavam fechados foram excluídos.
- b) *Grupo sem puericultura odontológica (GS)*
– Incluídos pais\cuidadores (n=31) residentes da área de abrangência da equipe Pici 8, cujos filhos (as) estavam na idade indicada para o estudo (2 a 6 anos). Os ACS selecionaram esses participantes por conveniência e por serem pais\cuidadores de crianças com as mesmas idades das crianças do GO. Realizou-se pareamento por idade dos filhos (as) (mesma quantidade de crianças em cada idade nos 02 grupos pesquisados) para que os dados dos pais\cuidadores pudessem ser empregados na comparação com o GO.

A coleta de dados aconteceu em um período de seis meses, de outubro de 2015 a março de 2016, na

UAPS e nos domicílios dos participantes que não puderam comparecer. O instrumento de coleta utilizado constou de um formulário (OLIVEIRA; FORTE, 2011) adaptado para perguntas fechadas e impresso, em que um único pesquisador, cirurgião-dentista, aplicou e preencheu a partir de entrevista pessoal com os pais\cuidadores a respeito dos conhecimentos deles sobre cuidados em saúde bucal na infância.

Os autores consideraram que o termo “pais” incluiria as mães ou os pais das crianças; e o termo “cuidadores”, referia-se aos responsáveis que estavam acompanhando as crianças no momento das entrevistas (avós, irmãs, babás etc).

Realizou-se a avaliação de conhecimentos dos pais/cuidadores a partir da comparação de erros e acertos entre os grupos pesquisados.

Os dados referentes às características socioeconômicas e conhecimentos sobre saúde bucal (adesão e frequência de higiene dental, visitas ao dentista, dieta alimentar, dentre outros) dos entrevistados 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 analisados a partir 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.

Os testes T-student e Mann-Whitney foram utilizados para comparar as variáveis numéricas entre os grupos e verificação de diferença de média. Para a análise de variância aplicou-se 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%.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), parecer número 1269635\2015. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

A amostra final do estudo, composta por 62 pais/cuidadores, teve média de idade de 33 anos, em que 33,9 (dp=11,9) no GO e 33,3 (dp=14,3) no GS. Quanto à renda familiar, 90,3% (n=28) dos pesquisados no GO

e 87,1% (n=27) no GS informou renda familiar até dois salários mínimos. A média de anos de estudo dos pais pesquisados foi de 9,4 (dp=3,0) no GO e de 8,8 (dp=3,4) no GS. As características socioeconômicas dos participantes foram apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características socioeconômicas dos pais/cuidadores (n=62). Fortaleza, Ceará

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)					
Média	33,9		33,3		0,85
Idade das crianças					
2-3 anos	16	51,6	16	51,6	
4-6 anos	15	48,4	15	48,4	
Média	3,9		4,0		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	
Média	R\$ 1132,00		R\$ 1142,00		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	11	35,5	
Acima 13 anos	-	-	03	9,6	
Média	9,4		8,8		0,47

Fonte: Dados da pesquisa.

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

Os grupos GO e GS são homogêneos entre si no que diz respeito às características socioeconômicas dos participantes; significando que os critérios metodológicos adotados no pareamento dos grupos foram eficazes. Isto se evidencia através dos 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 ($p = 0,47$).

Na Tabela 2 são apresentados dados referentes aos conhecimentos e práticas dos pais/cuidadores sobre higiene bucal.

Tabela 2. Conhecimentos e práticas dos pais/cuidadores sobre higiene bucal (n=62. Fortaleza, Ceará)

	Grupo com puericultura		Grupo sem puericultura		p valor
	n	%	n	%	
Higieniza a boca da criança					
Sim	31	100,0	26	83,8	0,01
Não	-	-	01	3,2	
Às vezes	-	-	04	12,9	
Quantas vezes ao dia escova os dentes					
Não faz	-	-	05	16,1	0,01
1 vez	04	12,9	08	25,8	
2 a 3 vezes	27	87,1	18	58,0	
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	

Fonte: Dados da pesquisa

Valores de p obtidos por meio dos testes Qui-quadrado

Os resultados encontrados no estudo demonstraram adesão de 100% (n=31) das crianças à escovação dentária (p=0,01) e frequência diária de duas ou três vezes em 87,1% (n=27) (p=0,01) do GO. No GS 58% (n=18) das crianças escovam duas ou três vezes ao dia e 16,1% (n=5) delas não o fazem diariamente.

Cerca de 64,5% (n=20) de pais/cuidadores com puericultura (GO) acredita ser mais adequado

colocar creme dental em quantidade para cobrir menos da metade das cerdas, enquanto que 45,1% (n=14) do grupo sem puericultura (GS) concordam com esta afirmativa (p=0,12).

Na Tabela 3 são apresentados os conhecimentos e práticas dos pais sobre visitas ao dentista, dieta alimentar, limpeza bucal e crescimento livre de cárie.

Tabela 3. Conhecimentos e práticas dos pais/cuidadores referentes a visitas ao dentista, dieta alimentar, limpeza bucal e crescimento livre de cárie (n=62). Fortaleza, Ceará (Continua)

	Grupo com puericultura		Grupo sem puericultura		p valor
Já levou o filho ao dentista?					
Sim	31	100,0	22	71,0	0,00
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 identifica alguma alteração	-	-	03	9,6	
Caso ele sinta dor	01	3,2	01	3,2	

(Conclusão)

	Grupo com puericultura		Grupo sem puericultura		p valor
Frequência de ingestão diária dos alimentos (média diária)					
Açúcar	1,5		2,0		0,04
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		0,02
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		0,04
Torta bolo	0,5		0,5		1,00
Verduras	1,1		0,7		0,03
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	0,02
Quando inicia alimentação sólida	04	12,9	10	32,2	
Outros**	-	-	01	3,2	
Não sabe	01	3,2	04	12,9	
É 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	

Fonte: Dados da pesquisa

Valores de p obtidos por meio dos testes Qui-quadrado, T-Student (alimentos) e *Mann-Whitney. ** Iniciar com 1 ano.

No GO, 61,3% (n=19) apresentaram adequação da resposta sobre quando deve acontecer a primeira consulta ao cirurgião-dentista. No GS, 45,1% (n=14) responderam acertadamente (p=0,20).

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

Elevado número (n=40) de pais/cuidadores demonstraram conhecimentos limitados com relação ao momento para a mãe iniciar a limpeza da boca da criança. Apenas 38,7% (n=12) no GO e 32,2% (n=10) no GS responderam acertadamente a esta questão (p=0,59).

A maioria dos participantes, em ambos os grupos, 80,6% no GO e 64,5% no GS, não entender ser possível uma criança crescer sem apresentar cárie dentária.

4 DISCUSSÃO

Este estudo permitiu avaliar, de forma simultânea, o conhecimento sobre saúde bucal de dois grupos de pais/cuidadores com características socioeconômicas semelhantes (renda familiar, escolaridade e idade), diferentes apenas com relação à variável de ter recebido ou não orientações do cirurgião-dentista.

A adesão de todas (100%) as crianças à escovação dentária e frequência diária de duas ou três vezes, em 87,1% (p=0,01) do grupo com puericultura (GO) apresentou-se maior do que do grupo sem puericultura (GS) e dos valores encontrados no estudo 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 duas a três vezes ao dia. Os resultados do GO se aproximaram dos encontrados no estudo de 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 duas 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/cuidadores do grupo que compareceram às 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.

Como a higiene oral é essencial para a saúde bucal, é importante fornecer à população orientações adequadas sobre o comportamento relacionado à saúde bucal das crianças e sua relação com as cáries dentárias (CASTILHO et al., 2013). 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).

Sobre a quantidade de creme dental que deve ser colocado nas cerdas da escova, o GO apresentou maior porcentagem de acertos (64,5%) que o grupo sem puericultura (45,1%). As orientações do CD no GO podem ter contribuído para um percentual mais elevado de acertos, porém estatisticamente semelhantes e sem significância.

De acordo com Castilho et al. (2013), durante o processo de aprendizado da escovação, as crianças apenas brincam com a escova em suas bocas e não limpam seus dentes realmente. Portanto, as mães desempenham papel chave ao ajudar seus filhos a cuidar da saúde bucal, ensinando-os hábitos favoráveis.

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. (BRASIL, 2012). Assim está se garantindo o balanço entre o benefício anticárie do fluoreto sem preocupação com fluorose (CURY; TENUTA, 2012).

Considerando os fatores envolvidos no desenvolvimento de cárie e o efeito do flúor no seu controle, não há razão para privar crianças abaixo de três anos da utilização do dentifrício fluoretado. Ainda em relação ao creme dental com flúor, revisão sistemática recente da literatura mundial demonstrou que o dentifrício deve conter no mínimo 1000 ppm F para garantir o efeito anticárie (TENUTA; CHEDID; CURY, 2011).

Na atual pesquisa, todas as crianças do GO haviam visitado o dentista pelo menos uma vez na vida. Diferentemente, Oliveira e Forte (2011) encontraram dados bem inferiores em que apenas 10,7% das crianças de zero a três anos foram levadas para consulta odontológica.

Mais da metade (61,6%) do GO estava adequadamente informado sobre quando deve acontecer a primeira consulta ao cirurgião-dentista, acreditando ser no primeiro ano de vida. Percentuais ainda maiores (87,1%) foram relatados por Ferreira et al. (2010) com pais de bebês atendidos no setor de puericultura de um hospital universitário do país.

O programa do governo nacional, Rede Cegonha, rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito de planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, preconiza duas consultas odontológicas no primeiro ano de vida da criança (MEDEIROS, 2015).

A parceria da odontologia com a equipe da estratégia de saúde da família acaba por disseminar a informação da necessidade de o bebê comparecer à consulta com o dentista no primeiro ano de vida, e isso passa a ser prática corriqueira na rotina da unidade primária de saúde.

Os pais são os principais responsáveis na oferta de alimentos às crianças. Dentre os 24 itens de alimentos pesquisados junto aos pais/cuidadores desta pesquisa, quatro deles (açúcar, doces, verduras e suco sem açúcar) apresentaram frequência de consumo diário com diferença estatisticamente significativa, na comparação entre os grupos estudados.

Um ponto a ser considerado refere-se aos instrumentos de avaliação alimentar (questionários, formulários) em qualquer pesquisa com o tema em questão; porque os participantes, em geral, tendem a omitir informações relacionadas ao consumo de açúcar, especialmente as mães, ao serem questionadas sobre a alimentação dos seus filhos (GUEDES-PINTO, 2010).

Apesar disto, no presente estudo, as informações coletadas no mapa alimentar verificaram menor consumo médio diário de açúcar e doces no GO do que no GS o que indica mudanças comportamentais relacionadas à dieta das crianças acompanhadas.

O mesmo observou-se em outro estudo (MEDEIROS, 2015) em que houve mudanças na dieta alimentar de crianças com um ano e quatro anos de idade, com redução de dieta cariogênica, quando educação em saúde para alimentação saudável foi implementada.

O 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 seis vezes ao dia leva ao aumento do risco à cárie (TENUTA; CHEDID; CURY, 2011).

Além de ser importante na redução de cáries, os benefícios de se controlar a ingestão diária de açúcares estão associados à melhoria do controle do peso corporal, prevenção do sobrepeso e obesidade, prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, em especial o *diabetes* (MEDEIROS, 2015).

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 microorganismos e aumentando a viscosidade do biofilme, o que permite maior aderência às superfícies dentárias. Estas características fazem com que a sacarose tenha o maior potencial cariogênico, quando comparada a outros açúcares (GUEDES-PINTO, 2010). Boa parte dos açúcares consumidos pela população brasileira está “escondido” em alimentos ultraprocessados como refeições prontas, temperos, sucos industrializados e refrigerantes (MEDEIROS, 2015).

Estudo em Porto Alegre demonstrou que crianças que tiveram introdução precoce da sacarose, aos seis meses, tiveram mais cáries aos três anos de idade. Portanto, deve-se procurar reduzir ou atrasar o contato da criança com alimentos doces pelo menos até os dois anos de idade (MEDEIROS, 2015).

Os resultados obtidos com o mapa alimentar revelaram ainda 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 microorganismos cariogênicos (GUEDES-PINTO, 2010).

No atual estudo, um tipo de alimento com as características descritas acima, as verduras, foram mais consumidas pelas crianças do grupo acompanhado por cirurgião-dentista na puericultura (GO) que no outro grupo

(GS), o que sugere que as orientações sobre alimentação saudável deste profissional podem 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 entendem 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).

Quando perguntados se é possível uma criança crescer sem cárie, os pais/cuidadores demonstraram conhecimentos limitados relacionados a este item; em ambos os grupos, a grande maioria não acredita nesta afirmação. No GS a porcentagem (64,5%) chegou próximo ao valor encontrado no estudo de 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.

Como limitações do estudo, o uso de um instrumento de coleta de dados na forma de formulário pode dar margens para que o entrevistado omita informações ou mesmo, não responda com precisão. E algum viés de aferição pode acontecer na coleta de dados quando o pesquisador conhece a qual grupo pertence cada participante.

Contudo, a composição de grupos homogêneos, com rigorosos critérios de pareamento, minimizou a possibilidade de viés de seleção nos resultados apresentados. Estes resultados podem ser extrapolados para o contexto de outras UAPS, desde que os cirurgiões-dentistas da 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 socioeconômicas semelhantes às eleitas neste estudo.

5 CONCLUSÃO

Pais/cuidadores que receberam orientações do cirurgião-dentista sobre cuidados em saúde bucal de seus filhos demonstraram maior conhecimento e melhores práticas relacionados a este tema, quando comparados aos que não receberam informações em consultas de puericultura.

As ações odontológicas em consultas de puericultura se mostraram eficazes, pois proporcionaram maior adesão à escovação dentária, maior frequência diária de escovação, maior quantidade de crianças com primeira consulta ao dentista realizada, menor consumo diário de açúcar e doces e maior consumo de verduras e suco sem açúcar no grupo que recebeu a educação em saúde bucal.

Os pais/cuidadores demonstraram conhecimentos limitados em relação aos seguintes itens: idade de se iniciar a limpeza da boca da criança e possibilidade da criança crescer sem cárie.

6 AGRADECIMENTOS

Às profas. dras. Neiva Francenely Cunha Vieira e Renata de Sousa Alves, coordenadora e vice-coordenadora do MPSF-UFC e aos professores do MPSF-UFC, pelos relevantes ensinamentos que agregaram a formação dos mestrandos e pelo incentivo na elaboração deste artigo científico.

Às enfermeiras da ESF, do município de Fortaleza-CE, Andréa Mota e Cícera Arrais, por terem disponibilizado informações importantes a fim de que a pesquisa se concretizasse.

Aos agentes comunitários de saúde, 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, Núbia, Nara e Marta, pelo apoio na organização e preparo dos instrumentais odontológicos utilizados na pesquisa.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica, n° 33. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. 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.
- 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, p. 566-574, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2014.
- CASTILHO, A. R. F.; BARBOSA, T. S.; MIALHE, F. L.; PUPPIN-RONTANI, R. M. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre. v. 89, n. 2, p. 116-123, Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2017.
- CURY, J. A.; TENUTA, L. M. A. Riscos do uso do Dentifrício Fluoretado na Prevenção e Controle de Cárie na Primeira Infância. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v. 53, n. 3, p. 21-27, set./dez. 2012.
- 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.224-230, nov/dez. 2010.
- FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. **Desenvolvimento Humano por Bairro em Fortaleza_CE**. 2010. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/u2392/livreto_idh-b_fortaleza_1.pdf>. Acesso em: 06 ago.2016.
- GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 2010. 1007 p.
- MEDEIROS, L. F. Porque crianças com menos de 5 anos ainda tem cárie no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ODONTOPEDIATRIA, 25, 2015, Porto de Galinhas- PE. **Relatório de Simpósio**. Disponível em: <<http://abodontopediatria.org.br/site/wp-content/uploads/2015/09/relat%c3%93rio-simp%c3%93sio-porque-crian%c3%87as-com-menos-de-5-anos-ainda-tem-c%c3%81rie-no-brasil-25%c2%ba-cbo-porto-de-galinhas-2015.pdf>>. Acesso em 28 maio 2017.
- 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.
- TENUTA, L. M.; CHEDID, S. J.; CURY, J. A. Uso de Fluoretos em Odontopediatria: mitos e evidências. In: MAIA, L. C.; PRIMO, L. G. **Odontopediatria Clínica Integral**. Ed.Santos, 2011.
- 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.
- 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.
- VIDAL, V.U.A. **Puericultura e autonomia das mães: uma relação possível?** 2011. 115f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2011.
- 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. 168 p.

Recebido em: 2017-05-29

Aceito em: 2017-10-26