

JOECÍ DE OLIVEIRA

**ATITUDES DOS MÉDICOS PEDIATRAS E DAS MÃES SOBRE A  
SAÚDE BUCAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES DE IDADE EM  
FLORIANÓPOLIS-SC.**

FLORIANÓPOLIS  
2002

JOECÍ DE OLIVEIRA

**ATITUDES DOS MÉDICOS PEDIATRAS E DAS MÃES SOBRE A  
SAÚDE BUCAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES DE IDADE EM  
FLORIANÓPOLIS-SC.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Odontologia, área de concentração: Odontopediatria.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo de Sousa Vieira.

FLORIANÓPOLIS  
2002

JOECÍ DE OLIVEIRA

**ATITUDES DOS MÉDICOS PEDIATRAS E DAS MÃES SOBRE A SAÚDE BUCAL  
DAS CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES DE IDADE EM FLORIANÓPOLIS-SC.**

Esta tese foi julgada adequada para obtenção do título de DOUTOR EM ODONTOLOGIA – OPÇÃO: ODONTOPEDIATRIA e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 1º de novembro de 2002.

---

Prof. Dr. Mauro Amaral Caldeira de Andrada  
*Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia*

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Ricardo de Sousa Vieira  
*Orientador*

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Célia Regina Martins Delgado Rodrigues  
*Membro*

---

Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz  
*Membro*

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Suely Grosseman  
*Membro*

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria José de Carvalho Rocha  
*Membro*

## JOECÍ DE OLIVEIRA

---

20 de janeiro de 1962

Florianópolis – SC

Nascimento

Filiação:

Joaquim Jardine de Oliveira

Vercy Ceolin de Oliveira (in memorian)

1982 – 1985

Curso de Graduação em Odontologia na Universidade Federal de Santa Catarina

1986 – 1989

Curso de Mestrado em Odontologia - opção Odontopediatria na Universidade Federal de Santa Catarina.

1992

Professora Assistente de Ensino do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

1993 – 1994

Curso de Especialização em Odontologia Coletiva na Universidade do Vale do Itajaí.

2000 – 2002

Curso de Doutorado em Odontologia – opção Odontopediatria na Universidade Federal de Santa Catarina.

---

Aos meus amores **Luiza** e **Jorge** dedico todos os frutos deste trabalho.

Às pessoas presentes em minha vida:

Aos meus pais **Joaquim** e **Vercy**, por terem me colocado no mundo e doado além do amor, carinho e dedicação, as condições para que eu pudesse crescer, estudar e conquistar meus ideais.

À minha irmã **Geisa**, por tudo de bom que têm me proporcionado durante a vida.

À **Odete**, que cuida e sempre cuidou com muito carinho da **Luiza**, para eu poder sair de casa com tranquilidade, diariamente.

À minha irmã de coração, **Graziela Canto**, amiga inseparável, incentivadora incansável, que me apoia e impulsiona todos os dias para eu alcançar e buscar os meus ideais. O meu agradecimento é eterno e todas as palavras serão poucas.

Ao **Jorge**, meu marido e **Luiza** minha filha, além do agradecimento, peço desculpas pelas ausências dos últimos anos.

Ao **Jorge** meu marido, amigo, companheiro, confidente e grande incentivador, que faz dos meus sonhos, os seus. Seu apoio me dirige e sua alegria me dá luz. Espero saber agradecer não só com palavras mas também com atitudes.

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Professor *Dr. Ricardo de Sousa Vieira*, meu orientador, incansável, paciente e sempre pronto para orientar.

Com o Professor Ricardo aprendi não só conteúdos científicos da Odontologia, mas principalmente, os ensinamentos de como ser um bom professor, um bom orientador e acima de tudo, um ser humano com sentimentos e atitudes nobres.

Ao Professor Ricardo toda a minha eterna gratidão, admiração e honra por ter tido o privilégio de ser sua orientada. Espero poder continuar compartilhando de sua companhia e ensinamentos por muitos anos.

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina onde, com muito orgulho, realizei a minha graduação em Odontologia, o curso de Mestrado e o Doutorado. À UFSC devo todo o meu aprendizado enquanto aluna e professora.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia desta Universidade, na pessoa do seu Coordenador Professor Dr. Mauro Amaral Caldeira de Andrada, e da Sub-Coordenadora Professora Dr<sup>a</sup> Maria José de Carvalho Rocha, mentora intelectual do curso de Doutorado.

Ao Professor Dr. José Carlos Olieninski, Chefe do Departamento de Estomatologia da UFSC, por todo o seu apoio e incentivo durante o curso de Doutorado.

À Chefe da Disciplina de Odontopediatria, Professora Dr<sup>a</sup> Vera Lúcia Bosco, bem como a todos os seus Professores (Ricardo, Maria José e Izabel), por terem me substituído inúmeras vezes em aulas teóricas e práticas, para que eu pudesse frequentar o curso.

Às nossas secretárias da Disciplina, Ivalda e Bete, eternamente laboriosas e sempre prontas para atender a qualquer dia e qualquer hora.

À Ana Maria Frandolozzo, secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, por sua atenção prestada durante todo o curso.

Aos Colegas de Departamento, Professores Bertholdo Werner Salles, Maria Helena Pozzobon e Miriam Marly Becker pelas palavras amigas e de incentivo em todos os momentos.



Aos meus colegas de curso, Ana Claudina, Inês Beatriz, Jefferson, Lucineide e Sílvia, com os quais dividi bons e maus momentos nos últimos dois anos. Cada um, com características próprias e marcantes, ensinaram-me muito em todos os aspectos profissionais e pessoais.

À Professora Yeda Orofino Gubert, por todo seu carinho e incentivo na minha carreira universitária.

Aos Professores Saulo Rogério Albuquerque e Rogério Henrique Hildebrand da Silva, meus Professores durante o curso de graduação, os quais sempre me estimularam a seguir na carreira universitária.

Às minhas secretárias Fernandinha e Mara, muito tenho que agradecer pela compreensão e paciência nos dias difíceis dos últimos dois anos.

Às colegas de profissão, companheiras de trabalho e de todos os momentos, Fernanda Medeiros Perin e Graziela De Luca Canto, o meu eterno agradecimento. Vocês moram dentro do meu coração. É um prazer desfrutar deste convívio.

Agradecimentos às pessoas e instituições que participaram diretamente desta pesquisa:

Aos Hospitais *Joana de Gusmão* e *Universitário*, pela permissão para a realização desta pesquisa em suas dependências.

À *todas as Mães*, muitas em situações difíceis, que responderam prontamente o questionário. A *essas e a todas as mães*, que encontrei durante a minha pesquisa pelos ambulatórios dos hospitais com seus filhos buscando atendimento, a minha admiração e respeito.

Aos Chefes de ambulatório *Dr. Genoir Simoni* e *Dr. João Carlos Xikota*, que auxiliaram na distribuição dos questionários para os Médicos nos Hospitais *Joana de Gusmão* e *Universitário*, e a todos aqueles que responderam o questionário, contribuindo para a pesquisa.

Ao Professor *Dr. Marco Aurélio Peres*, não só pela análise estatística deste trabalho, mas também por sua valiosa e importante orientação.

À Professora *Liene Campos* pela revisão final do trabalho.

À *Cleunisse Rauen Canto*, pela atenção e serviços de computação prestados durante todo o curso de Doutorado, além da amizade e carinho.

Às funcionárias da Biblioteca setorial, *Vera, Marisa e Avani*, sempre prontas para atender a todos os alunos e professores que por lá transitam durante os seus cursos de graduação e pós-graduação.

OLIVEIRA, Joecí de. **Atitudes dos médicos pediatras e das mães sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 36 meses de idade em Florianópolis-SC**. 2002. 164f. Tese (Doutorado em Odontologia - opção Odontopediatria) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

## RESUMO

Levando-se em conta a importância do médico pediatra nos primeiros anos de vida das crianças e a forte influência que as mães exercem sobre a saúde de seus filhos, o presente estudo teve por objetivo analisar e comparar as condutas médica e materna sobre o atendimento odontológico precoce na faixa etária de 0 a 36 meses de idade e verificar a frequência deste atendimento na faixa etária estudada em Florianópolis-SC. O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista estruturada para as mães e um questionário entregue e recolhido para o médico pediatra. A amostra dos médicos foi composta por 78 pediatras que atendem regularmente nos ambulatórios pediátricos do Hospital Infantil Joana de Gusmão e Universitário de Florianópolis-SC. A amostra materna foi formada por 400 mães que costumam levar seus filhos ao atendimento pediátrico nestes hospitais. Os resultados demonstraram que os médicos recomendam a primeira consulta odontológica durante o primeiro ano de vida. Quando comparadas as respostas, observou-se divergência de opiniões, pois as mães relataram que os médicos não costumam falar sobre a consulta odontológica precoce. A frequência encontrada para as crianças que já tinham visitado o dentista foi de 23,3%. Após a análise estatística por associação, verificou-se que os médicos encaminham pouco as crianças ao dentista, entretanto, a recomendação para aquelas crianças que foram foi decisiva. Outro fator relevante encontrado foi de que as mães/crianças que já tinham visitado o dentista escovaram mais os dentes e apresentaram maior conhecimento sobre o caráter transmissível da doença cárie dentária.

Palavras-chave: educação em saúde; odontopediatria.

OLIVEIRA, Joecí de. **Atitudes dos médicos pediatras e das mães sobre a saúde bucal das crianças de 0 a 36 meses de idade em Florianópolis-SC**. 2002. 164f. Tese (Doutorado em Odontologia - opção Odontopediatria) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

## **ABSTRACT**

Because of the importance that pediatricians have in the first years of children's life and the strong mothers influence on their health, this study analysed and compared the medical and maternal conducts about the early dental care on the ages of 0 to 36 months and verify the dental care frequency at this age in Florianópolis-SC. The instrument used of research was a questionnaire with interview of mothers and another questionnaire for the pediatricians. The pediatrician sample was composed by 78 professionals who work regularly in a day clinic in two public hospitals in Florianópolis. The mother's sample was composed by 400 mothers that used to take their children to pediatric care on these hospitals. The results showed that pediatricians recommend the first dental appointment during the first year of children's life. When the answers were compared, disagreement was observed, because mothers reported that the pediatricians don't use to talk about the early dental appointment. The frequency founded for the children who had visited the pediatric dentistry was 23,3%. After the statistical analysis for association, it was concluded that pediatricians direct children to dentist in a few amount, however the recommendation for those group of children was decisive. Another relevant factor found was related with mother/children who has already visited the dentist use to brush their teeth and presents more knowledge about the transmissible character of the caries disease.

Key words: health education; dental; pediatric dentistry.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra dos médicos segundo o sexo .....	p.95
Tabela 2 - Distribuição da amostra dos médicos segundo a residência em pediatria .....	p.96
Tabela 3 - Distribuição da amostra dos médicos conforme o tempo do término da residência pediátrica .....	p.96
Tabela 4 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com os seus locais de atuação .	p.97
Tabela 5 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com as faixas etárias mais atendidas .....	p.98
Tabela 6 - Distribuição da amostra dos médicos sobre conhecimentos de promoção de saúde bucal .....	p.98
Tabela 7 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com a fonte do conhecimento adquirido sobre promoção de saúde bucal .....	p.99
Tabela 8 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com a classificação pessoal sobre o seu conhecimento em saúde bucal .....	p.99
Tabela 9 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com a transmissão de conhecimentos sobre saúde bucal para as mães, responsáveis pelos seus pacientes.....	p.100
Tabela 10 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com a possibilidade da criança crescer livre da doença cárie dentária. ....	p.100
Tabela 11 - Distribuição da amostra dos médicos sobre a execução do exame bucal .....	p.101
Tabela 12 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com o que examinam na boca de seus pacientes .....	p.101
Tabela 13 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com o instrumental utilizado para o exame da boca.....	p.102
Tabela 14 - Distribuição da amostra dos médicos sobre o diagnóstico da cárie dentária ...	p.102

Tabela 15 - Distribuição da amostra dos médicos sobre a idade recomendada para a primeira visita odontológica .....	p.103
Tabela 16 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com a periodicidade recomendada para uma visita ao odontopediatra .....	p.103
Tabela 17 - Distribuição da amostra dos médicos sobre o seu contato com o odontopediatra de seus pacientes .....	p.104
Tabela 18 - Distribuição da amostra das mães segundo o seu grau de instrução .....	p.105
Tabela 19 - Distribuição da amostra das mães segundo o motivo principal das consultas médicas de seus filhos .....	p.106
Tabela 20 - Distribuição da amostra das mães segundo o local onde levam seus filhos para atendimento médico .....	p.106
Tabela 21 - Distribuição da amostra das mães segundo a frequência das consultas médicas de seus filhos, por ano .....	p.107
Tabela 22 - Distribuição da amostra das crianças segundo a frequência do atendimento odontológico .....	p.107
Tabela 23 - Distribuição da amostra das mães segundo a frequência das consultas odontológicas de seus filhos .....	p.108
Tabela 24 - Distribuição da amostra das mães segundo o motivo principal para as consultas odontológicas de seus filhos .....	p.109
Tabela 25- Distribuição da amostra das mães segundo a orientação médica para a consulta odontológica de seus filhos .....	p.110
Tabela 26- Distribuição da amostra das mães segundo a idade recomendada pelo médico para a consulta odontológica de seus filhos .....	p.111
Tabela 27- Distribuição da amostra das mães segundo a sua opinião sobre a rotina anual das consultas odontológicas de seus filhos .....	p.112
Tabela 28- Distribuição da amostra das mães a respeito da possibilidade das crianças crescerem livres da doença cárie dentária .....	p.113
Tabela 29 - Distribuição da amostra das mães segundo a opinião sobre a etiologia da doença cárie dentária .....	p.113
Tabela 30 - Distribuição da amostra das mães segundo a opinião sobre o caráter transmissível da doença cárie dentária .....	p.114
Tabela 31 - Distribuição da amostra das mães segundo a opinião sobre as conseqüências clínicas da cárie dentária .....	p.114

Tabela 32 - Distribuição da amostra das crianças de acordo com a amamentação no peito .....	p.115
Tabela 33 - Distribuição da amostra das crianças segundo outro tipo de alimentação ou amamentação que não a do peito .....	p.115
Tabela 34 - Distribuição da amostra das mães segundo o hábito das crianças adormecerem com a mamadeira na boca.....	p.116
Tabela 35 - Distribuição da amostra das mães segundo a opinião sobre o limite de idade para o uso da mamadeira noturna .....	p.116
Tabela 36 – Distribuição da amostra das mães segundo a pessoa que executa a higiene bucal de seus filhos.....	p.117
Tabela 37 – Distribuição da amostra das mães segundo o número de vezes por dia que é executada a higiene bucal de seus filhos.....	p.117
Tabela 38 – Distribuição da amostra das mães segundo a fonte de informação sobre a higiene bucal de seus filhos .....	p.118
Tabela 39 – Resultados da associação entre as crianças que foram ao dentista com o relato materno sobre a orientação médica para essa visita .....	p.119
Tabela 40 – Resultados da associação entre a escolaridade materna e a higiene infantil.....	p.119
Tabela 41 – Resultados da associação entre a escolaridade materna e o seu conhecimento sobre a etiologia da doença cárie dentária.....	p.120
Tabela 42 – Resultados da associação entre a escolaridade materna e a frequência ao dentista das crianças .....	p.120
Tabela 43 – Resultados da associação entre a higiene infantil realizada e frequência ao dentista das crianças .....	p.121
Tabela 44 – Resultados da associação entre a higiene infantil realizada e a fonte de informação adquirida para tal.....	p.121
Tabela 45 – Resultados da associação entre a frequência ao dentista e o conhecimento materno sobre o caráter transmissível da doença .....	p.122

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AAP – American Academy of Pediatric

AAPD – American Academy of Pediatric Dentistry

ADA – American Dental Association

EMC – Educação Médica Continuada

HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão

HU – Hospital Universitário

IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSEC – Faculdade de Odontologia de Santo Amaro

RAPIDD – Readiness Assessment of Parents concerning Infant Dental Decay

*S. mutans* – Streptococos mutans

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>p.10</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>p.11</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>p.12</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS e SIGLAS</b> .....	<b>p.15</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>p.18</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>p.23</b>
2.1 A cárie dentária nos bebês .....	p.23
2.2 Conduta dos pais sobre saúde bucal .....	p.36
2.3 Idade ideal para a primeira consulta odontológica .....	p.58
2.4 O papel do pediatra na saúde bucal infantil e sua relação com a odontopediatria .....	p.70
2.5 Frequência do atendimento odontológico nos primeiros anos de vida .....	p.84
<b>3 PROPOSIÇÃO</b> .....	<b>p.87</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>p.88</b>
4.1 Desenho de estudo.....	p.88
4.1.1 Questionário .....	p.89
4.1.2 Questionário 1 (médicos) .....	p.89
4.1.3 Questionário 2 (mães) .....	p.90
4.2 Autorização para a realização do estudo.....	p.90
4.3 Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC .....	p.91
4.4 Projeto piloto.....	p.91
4.5 Coleta de dados.....	p.92
4.5.1 Critérios de elegibilidade .....	p.93
4.5.2 Determinação da amostra.....	p.94
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>p.95</b>
5.1 Caracterização da amostra dos médicos .....	p.95
5.1.1 Conhecimentos sobre promoção de saúde bucal .....	p.98
5.1.2 Exame bucal .....	p.101
5.1.3 Idade ideal para a primeira consulta odontológica .....	p.103
5.1.4 Relacionamento profissional entre pediatra e odontopediatra.....	p.104
5.2 Caracterização da amostra das mães .....	p.104
5.2.1 Atendimento médico infantil.....	p.105
5.2.2 Atendimento odontológico infantil .....	p.107
5.2.3 Orientação médica para o atendimento odontológico .....	p.110
5.2.4 Conhecimento materno sobre saúde bucal .....	p.112
5.2.5 Alimentação infantil .....	p.115
5.2.6 Higiene bucal .....	p.117
5.3 Associações entre as respostas médicas e maternas .....	p.118

<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>p.123</b>
<b>6.1 Perfil do médico</b> .....	<b>p.123</b>
<b>6.2 Conhecimentos sobre promoção de saúde bucal</b> .....	<b>p.124</b>
<b>6.3 Exame da cavidade bucal</b> .....	<b>p.126</b>
<b>6.4 Idade ideal para a primeira consulta odontológica</b> .....	<b>p.127</b>
<b>6.5 Relacionamento profissional entre pediatria e odontopediatria</b> .....	<b>p.129</b>
<b>6.6 Perfil das mães</b> .....	<b>p.130</b>
<b>6.7 Atendimento odontológico infantil</b> .....	<b>p.131</b>
<b>6.8 Conhecimento materno sobre saúde bucal</b> .....	<b>p.133</b>
<b>6.9 Alimentação infantil e higiene bucal</b> .....	<b>p.135</b>
<b>6.10 Escolaridade das mães e conhecimento sobre saúde bucal</b> .....	<b>p.137</b>
<b>6.11 O papel dos profissionais na saúde bucal infantil</b> .....	<b>p.137</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>p.140</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>p.141</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>p.154</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Atualmente na literatura odontológica, encontra-se além das pesquisas sobre a etiologia e epidemiologia da doença cárie dentária, uma necessidade do conhecimento e discussão sobre os fatores sócio-culturais e comportamentais relacionados à possibilidade futura do seu desenvolvimento. Apesar de observar-se um nítido declínio na incidência da cárie dentária, ainda encontra-se muitas crianças atingidas severamente pela doença. Suas manifestações afetam consideravelmente o seu desenvolvimento numa das faixas etárias mais importantes de sua vida, que é a primeira infância.

Segundo Schalka (1997) a promoção da saúde bucal, principalmente nos primeiros anos de vida é fundamental para que hábitos saudáveis sejam instituídos e mantidos por toda a vida do indivíduo, sendo esta de responsabilidade do cirurgião-dentista.

O conceito de atenção precoce está diretamente relacionado com a educação, por meio da qual realizam-se procedimentos educativos direcionados aos pais ou responsáveis e procedimentos preventivos e curativos direcionados às crianças ainda durante o primeiro ano de vida. Essa atenção deve iniciar-se por volta dos 6 meses de idade, coincidindo com o irrompimento do primeiro dente decíduo na cavidade bucal (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996), objetivando identificar os fatores de risco, determinar a frequência dos retornos, e principalmente, promover a saúde bucal por meio da educação odontológica.

No Brasil encontra-se na Universidade Estadual de Londrina o centro pioneiro no mundo nessa área, a Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina (UEL), onde, “EDUCAR PREVENINDO, PREVENIR EDUCANDO” é o seu lema. Sua experiência é ímpar e vem ganhando a cada dia mais seguidores.

De acordo com Walter; Ferelle; Issao (1996) a educação odontológica é o substrato da odontologia para bebês, sendo a mulher, o vetor ideal para a transmissão do conhecimento. Essa educação visa objetivamente à mulher em qualquer época de sua vida, pois sendo orientada, informada e motivada, torna-se parceira e cúmplice na transmissão dos conhecimentos adquiridos aos filhos.

Os dados epidemiológicos obtidos pelo programa da Bebê Clínica, em Londrina, mostram que as crianças menores de um ano que entraram no programa já com os pais conscientizados (educados) apresentaram um índice de manutenção de saúde de 96%, maior do que aqueles que são educados no início do programa (94%).

A necessidade do atendimento odontológico nos primeiros anos de vida do bebê encontra-se estabelecida. Dentro do contexto de promoção de saúde bucal, não se pode deixar de envolver a família, haja vista a influência do comportamento familiar na experiência de cárie (FARIA; OLIVEIRA; PORDEUS, 1997). Também é preciso conscientizar e sensibilizar os profissionais da área da saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais) envolvidos com a criança nos seus primeiros anos de vida para que orientem os cuidadores e encaminhem ao atendimento odontológico. Dentre os profissionais citados para a realização desse trabalho, pode-se dizer que os médicos pediatras exercem um importante papel, devido às visitas que acontecem aos seus consultórios já no primeiro ano de vida e pela influência que exercem sobre os pais (JOHNSEN, 1991).

No Brasil, infelizmente isso ainda não acontece como rotina, pois o acesso da população ao atendimento odontológico é precário assim como a condição social da maioria e

pequeno, portanto, “[...] não se leva a criança ao cirurgião-dentista para tratar dente de leite que vai cair, muito menos crianças de colo para prevenção.” (SCHALKA, 1997).

Segundo Walter e Nakama (1998) a prevalência da cárie dentária para a idade de 0 a 36 meses de idade é de 26,5%. O grande aumento na prevalência ocorre entre 13 e 24 meses e dessa forma, torna-se imprescindível o atendimento odontológico nesta faixa etária. A cárie de mamadeira é um tipo da doença que ocorre nesta faixa, manifestando-se de forma agressiva, afetando severa e rapidamente as crianças, causando dor, mutilações dentárias e exigindo tratamentos restauradores longos e de alto custo. É uma doença da pobreza e da população infantil que geralmente não tem acesso aos serviços de saúde, os quais ainda não colocaram a prevenção e o controle da cárie de mamadeira como prioridade.

A cárie de mamadeira é um problema social, político, comportamental, médico e odontológico, que somente poderá ser controlado por meio da compreensão das alterações que ocorrem na sociedade, particularmente àqueles que fazem parte de uma dinâmica familiar comprometida e nível sócio-econômico baixo. É político porque necessita de soluções que dependem diretamente das prioridades estabelecidas pelos governantes, além das mudanças nos valores políticos. É comportamental porque envolve ações e mudanças na conduta diária familiar. A saúde bucal dos bebês não é prioridade para aqueles que vivem na pobreza, tentando sobreviver a cada dia. É de saúde geral e bucal pois os bebês com cárie de mamadeira crescem menos quando comparados àqueles livres da doença e necessitam tratamentos odontológicos diferenciados, especializados e de alto custo.

Nas décadas de 30 e 40 foi comum fazer a primeira visita odontológica quando a maioria dos dentes permanentes já haviam irrompido na cavidade bucal, por volta dos 12 anos de idade. Quando a conscientização com a saúde bucal começou a aumentar, a idade designada diminuiu para 6 a 7 anos e, em 1950, atingiu os 3 anos, coincidindo com a idade na qual a criança cooperasse com o atendimento. Os anos 50 permitiram a introdução de todos os tipos de leites artificiais hipoalergênicos oferecidos em mamadeiras. Enquanto que, antes da

década de 50, os casos documentados de cárie de mamadeira foram poucos, as décadas 50 a 70 revelaram como essa doença é destruidora e prejudicial aos bebês e às futuras crianças, sem contar no desespero dos pais de verem seus filhos sofrendo com dor de dente, mutilados e com seqüelas que, às vezes, uma vida inteira não consegue apagar.

Quando os pais perguntam sobre a idade para a primeira consulta odontológica, vários médicos e dentistas ainda têm recomendado os 3 anos. Visando modificar essa prática, em 1986, a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) decidiu recomendar que a primeira visita ocorresse ao longo dos primeiros 12 meses de vida da criança. Os odontopediatras sabem que apenas a sorte não vai cuidar da saúde bucal das crianças entre o nascimento e os 3 anos. Com a maioria das universidades nacionais e internacionais aderindo com sucesso aos atendimentos odontológicos para os bebês e, acima de tudo, os pais preocupando-se mais com a saúde de seus filhos, o mito dos 3 anos está fadado ao desaparecimento, resta saber quanto tempo ainda vai demorar!

Precisa-se rapidamente intervir junto aos profissionais da área da saúde com intuito de mudar essa prática visando realizar o atendimento odontológico numa idade mais precoce. Os profissionais não encaminham ao atendimento odontológico precoce, logo, a frequência das crianças ao consultório odontológico é muito baixa. Apesar da falta de dados concretos nessa área, pode-se estimar que os valores encontrados em nosso meio não sejam muito diferentes dos valores citados por Cooley e Sanders (1991), nos Estados Unidos, onde apenas 14,3% das crianças menores de 5 anos tiveram consulta com cirurgião-dentista.

A melhora e a manutenção da saúde bucal das nossas crianças passa pela promoção de saúde bucal por meio da educação odontológica e por mudanças na filosofia de atendimento aos bebês por parte de todos os envolvidos direta ou indiretamente com a saúde infantil.

É necessário que se mude o comportamento do cirurgião-dentista visando a educação para a saúde, pois por meio dela poderemos cumprir o nosso dever com as crianças e a sociedade.

Assim justificado, o objetivo desse trabalho será o de verificar, conduta dos médicos pediatras, e das mães, sobre o atendimento odontológico precoce, comparar suas condutas e conhecer a frequência da visita odontológica nas crianças de 0 a 36 meses de idade no município de Florianópolis, Santa Catarina.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA<sup>1</sup>**

### **2.1 A cárie dentária nos bebês**

A cárie de mamadeira também denominada de cárie de peito, síndrome da mamadeira noturna ou síndrome da mamadeira, foi observada pela primeira vez em 1862. É uma forma aguda da doença cárie dentária que ocorre nos bebês e se manifesta de forma severa com evolução rápida, causando prejuízos para a saúde geral das crianças, além de danos físicos e emocionais, muitas vezes irreparáveis por toda uma vida.

Fass (1962) afirmou que não existe nada mais chocante para o dentista do que examinar uma criança sofrendo por cárie de mamadeira, principalmente quando essa criança tem menos de 4 anos de idade. Ao exame clínico o dentista descobre que todos os incisivos superiores até os molares e caninos inferiores estão atacados pela doença enquanto os quatro incisivos inferiores geralmente não apresentam lesões. A cárie de mamadeira é uma forma da doença que ocorre em crianças muito jovens que desenvolveram o hábito de dormir mamando ou mamam enquanto dormem. O prognóstico para a saúde bucal dessa criança é muito ruim.

A cárie de mamadeira é um tipo de cárie rampante que acontece em crianças muito jovens relacionada com a estagnação de líquidos ou leite açucarados sobre os dentes durante a amamentação noturna prolongada. O resultado da doença segundo Kroll e Stone (1967) além

---

<sup>1</sup> Baseado na NBR 10520: 2002 da ABNT.



de causar a destruição da estrutura dental ocasiona grande sofrimento, dor, alterações na fala, na estética e problemas psicológicos. O tratamento consiste em muitas restaurações e na correção dos hábitos para prevenir a estagnação dos agentes cariogênicos sobre as superfícies dentárias.

Bernick (1971) descreveu as características clínicas da cárie de mamadeira, etiologia e medidas preventivas com o objetivo de preveni-la. Geralmente as mães procuram o profissional quando observam alterações de cor nos dentes e muitas dessas lesões são diagnosticadas como hipoplasia ou amelogênese imperfeita. Segundo o autor, a causa primária da síndrome é o uso prolongado da mamadeira contendo líquidos açucarados ou quando usada para dormir. Os incisivos centrais superiores são freqüentemente os mais atingidos, com lesões cervicais na superfície vestibular. É difícil restaurar de forma comum esses dentes e os pais devem ser alertados para os riscos do uso prolongado da mamadeira, completou, o autor.

Buscando descrever uma amostra de crianças com cárie associada a hábitos de amamentação prolongados, Dilley; Dilley; Machien (1980) examinaram 75 crianças com a síndrome e aplicaram um questionário às suas famílias para identificar as várias características das crianças e das famílias. A maioria dos pais (89%) trouxeram a criança ao dentista porque as mesmas apresentaram cavidades de cárie; a maioria das crianças apresentara amamentação artificial prolongada ou natural (acima de 23 meses); o leite foi apontado como o líquido mais usado na mamadeira, e os pais relataram desconhecer o período no qual o desmame deveria ocorrer e quando iniciar a higiene bucal. Metade das famílias era de nível sócio-econômico baixo.

Procurando definir o perfil dos pacientes com cárie de mamadeira, Johnsen (1982) examinou crianças com e sem lesão de cárie na faixa etária de 0 a 3 anos e meio e entrevistou seu pai. Encontrou as seguintes associações: a maior parte das crianças com lesão nos incisivos dormia ou foi colocada para dormir com a mamadeira, sendo o leite o conteúdo mais

encontrado dentro das mesmas. Os pais dessas crianças apresentaram menor escolaridade, posição pessimista em relação à sua saúde, obesos, relutantes em dizer “não” para as crianças e não tinham conhecimentos sobre o potencial cariogênico da amamentação noturna. A grande maioria aceitou substituir a mamadeira por água, embora em 68% dos casos as crianças rejeitaram. A cárie de mamadeira é um problema de indulgência paterna, na opinião do autor.

No que diz respeito a etiologia bacteriana, Berkowitz; Turner; Hughes (1984) relacionaram o *Streptococos mutans* como agente etiológico de grande importância no processo da cárie de mamadeira. Sugeriram que aquelas crianças que apresentarem colonização por estes microorganismos estão em risco para o desenvolvimento da doença.

A cárie de mamadeira é uma forma específica de cárie rampante que acontece nas crianças muito jovens, afetando severamente os incisivos superiores e geralmente não se apresenta nos inferiores, a prevalência está em torno de 5% (RIPA, 1988). Para que ocorra é necessário a junção dos quatro fatores principais: susceptibilidade dentária, microbiota específica, substrato fermentável e o tempo. A amamentação noturna atua diretamente nesses fatores, a severidade das lesões é comparada ao padrão alimentar do bebê, leites e líquidos açucarados principalmente quando administrados durante o sono. O tratamento das crianças com cárie de mamadeira depende da extensão das lesões, da idade, do nível de comportamento infantil e do grau de cooperação e interesse dos pais. Ripa (1988) realizou um levantamento dos estudos epidemiológicos da doença durante as décadas de 60, 70 e 80 nos Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Austrália, África do Sul e Indonésia, no qual observou que a prevalência diversificou de valores como 1,0% (Los Angeles-USA) até 53,1% (Alaska e Oklahoma).

Analisando a relação entre a doença cárie dentária, fatores sociais e ambientais, Crall; Edelstein; Tinanoff (1990) avaliaram 89 crianças com idade entre 10 e 71 meses. A análise revelou que a probabilidade da criança ter a doença está associada a altos níveis de *S. mutans*

na saliva, residir com pais solteiros, não ter acesso à água fluoretada e não ter cobertura por planos de saúde. Esses achados mostraram que os fatores sociais e ambientais devem ser considerados na análise do risco à cárie em crianças muito jovens.

Como os estudos sobre a prevalência da doença foram poucos ou incompletos, iniciou-se a partir dos anos 90 uma busca por levantamentos, ainda que regionalizados, para estabelecer valores para a cárie de mamadeira e definir padrões de comportamento e fatores associados com a doença.

Um marco nos levantamentos epidemiológicos sobre a doença cárie dentária nos 3 primeiros anos de vida, no Brasil, foi o estudo de Morita; Walter; Guillain (1992) que avaliou a presença da doença em 1974 crianças (faixa etária de 0 a 36 meses de idade), as quais freqüentaram a Clínica de Bebês da Universidade Estadual de Londrina (UEL), entre os anos de 1985 a 1990. A conclusão mais relevante desse estudo é que a cárie dentária aumentou significativamente com o incremento da idade (grupo estudado). Aos 12 meses de idade mais de 90% das crianças estavam livres da doença, entretanto, aos 36 meses mais de 50% já possuíam lesão (de cárie). Foi salientado que medidas precoces e efetivas são necessárias para o diagnóstico, tratamento e prevenção da doença, antes da idade pré-escolar.

Na Suécia, até 1988, havia poucos estudos epidemiológicos sobre a prevalência da doença cárie dentária em bebês, assim Wendt; Hallonsten; Koch (1991) resolveram realizar um levantamento por meio do qual pudessem conhecer o perfil da doença na faixa etária de 1 a 2 anos de idade. Seiscentos e trinta e duas crianças (com idade entre 1 e 2 anos) participaram do estudo, mediante exames clínicos, em 1988 e, 1 ano após, quando estavam com idade entre 23 e 26 meses. As crianças foram divididas em dois grupos: imigrantes e não imigrantes. Foi constatado 0,5% de crianças com lesão de cárie no primeiro ano de vida e 7,7% aos 2 anos de idade. Nas crianças com 2 anos e com cárie, a média de superfícies com lesão foi de 6,3%. Em torno de 22% desse grupo eram imigrantes. Aos dois anos de idade 22,2 % das crianças imigrantes apresentaram cárie frente a 4,5% daquelas que não eram

imigrantes. Concluíram afirmando que ainda são necessários mais estudos nessa faixa etária e que para prevenir a doença na faixa etária estudada é apropriado o exame bucal da criança antes dos 3 anos de idade.

Os mesmos autores continuando a pesquisa, convidaram as mesmas crianças a participar de um novo exame aos 3 anos de idade. Neste segundo levantamento 71,7% das crianças eram livres da doença. Das crianças com cárie 33,5% eram imigrantes, e do total de imigrantes 50,55% tinham a doença frente a 21,9% dos não-imigrantes. A necessidade do desenvolvimento de programas preventivos para a faixa etária estudada foi a conclusão da pesquisa (WENDT; HALLONSTEN; KOCH, 1991).

Silver (1992) realizou um estudo com crianças de 3 anos de idade nos anos de 1973, 1981 e 1989, a respeito dos hábitos de amamentação, da visita ao consultório odontológico e da experiência de cárie infantil, objetivando relacionar esses fatores ao comportamento e à classe social. A área do estudo foi Bishop's Stortford ao norte de Londres, e as amostras divididas de acordo com as classes sociais a que pertenciam (I, II, III, IV e V). Os pais das crianças foram entrevistados por meio de questionários sobre hábitos de higiene, visita ao dentista e consumo de suplementos de flúor. A porcentagem de crianças livres de cárie foi de 96% nas classes I e II e 72% nas classes IV e V. O número de crianças com cárie de mamadeira caiu de 8% para 1% entre 1973 e 1981 e aumentou para 4%, em 1989. Durante o período de 8 anos do estudo, o número de crianças que foi ao dentista com idade menor do que 4 anos aumentou, assim como o início mais cedo da escovação dental, sua frequência e o consumo de suplementos de flúor. A prática da amamentação natural aumentou embora um maior número de mães relatasse o uso da mamadeira, sendo que muitas dessas práticas estão fortemente arraigadas à classe social.

No trabalho de Reisine e Litt (1993) foi discutido as quatro principais teorias que fundamentam e ampliam o conhecimento sobre comportamento a respeito da higiene e os riscos à saúde bucal, são eles: classe social, estresse, domínio próprio e controle pessoal. Para

tal, realizaram um estudo em duas cidades de Connecticut-USA com 481 crianças de 3 anos de idade. Examinadores levantaram índices de CO-s por meio de exames clínicos e aplicaram um questionário sobre escovação dentária, ingestão diária de açúcar, indicadores sociais, tensões diárias da vida, controle da saúde bucal e auto-eficácia (em saúde bucal) percebida. As variáveis psicosociais foram avaliadas por meio dos índices de cárie e do nível de *S. mutans*. O *S. mutans* assim como a mamadeira noturna são importantes fatores de risco à cárie dentária. A análise do *S. mutans* demonstrou que a condição sócio econômica e a etnia diferenciaram de forma significativa entre aqueles com e sem colônias de *S. mutans*, enquanto os fatores relacionados à atitude e comportamento puderam predizer quais estariam incluídos no grupo com número mais elevado de *S. mutans*. As mães mais pobres, com menores rendas e mais estressadas tinham filhos com maior risco à doença, concluíram os autores.

O'Sullivan e Tinanoff (1993) realizaram exames clínicos em 217 crianças com idade entre 3 e 5 anos em Connecticut-USA com o objetivo de associar as lesões de cárie dos dentes anteriores ao aumento do risco à cárie em outros dentes decíduos. O estudo revelou que as crianças com lesão de cárie nos incisivos superiores têm um aumento da incidência nos dentes posteriores, isto é, apresentam 2,5 vezes mais dentes posteriores com lesão do que aquelas que não apresentam lesão nos incisivos superiores.

A doença cárie dentária é reconhecidamente multifatorial, de caráter infeccioso e transmissível. O consumo de carboidratos fermentáveis favorece a desmineralização ácida do esmalte dentário. Os microorganismos desempenham papel importante, desde que presentes precocemente na boca e em grande quantidade. A cárie de mamadeira ocorre nos primeiros anos de vida naquelas crianças acostumadas à ingestão de leite ou líquidos açucarados durante o período noturno. Pode ser considerada cultural pois esse tipo de alimentação não possui caráter de nutrição e sim de calmante. Dessa forma recomenda-se que as crianças realizem o primeiro exame odontológico antes de completarem 1 ano de idade. Esse exame, além de definir o risco da criança, orienta os pais para a prevenção e controle das doenças bucais. Para

Machado et al. (1994) a responsabilidade por esta consulta é dos médicos obstetras e pediatras.

Realizando um estudo retrospectivo nos prontuários dos pacientes atendidos na clínica de Odontopediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Heluy e Pomarico (1995) observaram que 27% das crianças tinham cárie de mamadeira e seus pais ou responsáveis não apresentaram conhecimentos suficientes para garantir aos filhos uma boa saúde bucal.

A síndrome da cárie de mamadeira foi descrita pela primeira vez em 1862, como uma desordem causada pelo uso inadequado da amamentação natural ou artificial. O uso da mamadeira com líquidos ou leite açucarados durante a noite causa severa destruição na dentadura decídua. Outros fatores de risco como chupeta coberta com mel para acalmar a criança, amamentação natural prolongada, uso freqüente de xaropes adocicados devido a doenças crônicas ou de repetição podem estar associados com a síndrome. Em todos estes casos, a destruição é enorme e responsável por repercussões médicas gerais, emocionais e financeiras. Procurando definir outros fatores de risco relacionados ao nível sócio-econômico e hábitos familiares, Muller (1996) desenvolveu em Nice, na França, uma pesquisa com questionários respondidos pelos pais e exames nas crianças menores de 6 anos de idade, com cárie de mamadeira. A porcentagem de crianças com cárie de mamadeira foi de 10,73%, sendo a maioria originária do Norte da África. As mães de origem africana são na maioria casadas, com muitos filhos, de nível sócio-econômico baixo, não trabalham fora de casa e geralmente continuam com os hábitos alimentares oriundos do seu país, geralmente contrário às práticas saudáveis de saúde bucal. Quando um dos pais é francês eles se divorciam e a criança afetada geralmente é a mais jovem, pois a mãe não tem tempo para supervisionar a criança. Para essa população, é necessário insistir que o uso da mamadeira com líquidos açucarados seja feito o mínimo possível e somente com a criança acordada, além de recomendar a introdução da xícara aos 6 meses de idade. Os pediatras devem informar o perigo do uso de xaropes contendo sacarose, entretanto, se esse for indispensável, o uso de

creme dental fluoretado está indicado. A erradicação da cárie de mamadeira só será atingida com êxito se houver uma cooperação interdisciplinar, concluiu o autor.

Para Milnes (1996) a cárie de mamadeira é uma forma virulenta da cárie dentária que afeta a dentadura decídua, sua prevalência pode variar de 1% a 12% nos países desenvolvidos e até 70% naqueles países que mesmo desenvolvidos apresentam comunidades ou populações muito pobres ou desfavorecidas. Para as pesquisas nessa área (levantamento epidemiológico da doença cárie dentária na infância) é necessário o estabelecimento de critérios clínicos padronizados e aceitos universalmente (pelo autor), o que ainda não existe, refletindo a falta de interesse científico nesse tipo de pesquisa. A chave para esse tipo de investigação é o levantamento correto da história de amamentação, nível sócio-econômico, cultura e etnia das populações estudadas. Mais importante do que determinar a prevalência dessa doença é identificar os possíveis grupos de risco.

As crianças com cárie de mamadeira apresentam significativamente menor peso e altura quando comparadas àquelas livres da doença, essa é uma conclusão marcante da pesquisa realizada por Ayhan; Suskan; Yildirim (1996) que compararam peso e altura em 120 crianças, com e sem a doença, na faixa etária de 3 a 5 anos de idade. As crianças pesquisadas apresentaram também menor peso do que o ideal para as idades estudadas. A explicação dada para este fato pelos autores foi de que a dor libera substâncias químicas que interferem nos hormônios de crescimento assim como a falta de sono.

Fatores como economia, sistemas de tratamento de saúde, hábitos alimentares, cultura e ambiente não são os mesmos entre os países, entre as regiões de um mesmo país, entre as populações ou comunidades. Mesmo em países onde se observa redução nos índices de cárie, remanescem grupos com alta prevalência da doença, sendo constituído em geral por pessoas com pobres condições de vida. Freire; Melo; Silva (1996) realizaram em Goiânia-Brasil um estudo comparando experiência de cárie em 2267 crianças de 0 a 6 anos de idade em creches públicas (situadas na periferia da cidade com baixo acesso à água fluoretada, cujas famílias

eram de baixa renda) e privadas (localizadas na região central da cidade com acesso à água fluoretada e com bons indicadores sócio-econômicos). A prevalência da doença aumentou com a idade; o ceo-d mais alto foi encontrado no grupo de crianças das creches públicas sendo essa diferença significativa acima da idade de 2 anos. Os valores encontrados para o ceo-d médio e crianças livres de cárie foram as seguintes: 0,09 (96,4%) para menores de 1 ano e com 1 ano; 0,40 (87,3%) para 2 anos; 1,14 (69,9%) para 3 anos; 2,18 (49,5%) aos 4 anos; 3,18 (36,1%) aos 5 anos e 3,94 (29,4%) aos 6 anos. Constataram por meio desses resultados que as diferenças sociais existem e com influência sobre a cárie dentária. A prevalência da doença foi mais alta nas crianças atendidas nas escolas públicas indicando a necessidade de programas e medidas preventivas principalmente nas áreas mais pobres.

Em Piracicaba (SP) Mattos-Graner et al. (1996) investigaram a prevalência de cárie dentária em 322 crianças na faixa etária de 6 a 36 meses de idade. Dessas 322 crianças, 65,2% estavam livres de cárie e 17% com a doença, entretanto o maior número de lesões (46%) eram nestas crianças. Os autores constataram que um pequeno grupo de crianças é o responsável pelo maior número de lesões, o que indica a necessidade da identificação precoce daquelas crianças com maior risco à doença. Sugeriram ainda a necessidade de mais estudos nesse campo em virtude das grandes diferenças sociais e econômicas que o Brasil apresenta.

A faixa etária de crianças até 3 anos e, portanto, com dentadura decídua, não participa dos levantamentos epidemiológicos oficiais realizados no Brasil (1985, 1986 e 1996), por não ser considerada idade índice pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Porém, a medida que o conceito de atendimento precoce avança, torna-se necessário que o perfil da doença dessa faixa etária seja conhecido. Os levantamentos existentes foram realizados com populações de altos índices, as quais procuram os serviços odontológicos em clínicas e ambulatórios. Bönecker; Guedes-Pinto; Walter (1997) resolveram conhecer o perfil epidemiológico das crianças com idade entre 0 e 5 anos da cidade de Diadema – SP, durante o Dia de Campanha Nacional de Vacinação, examinando 548 crianças na faixa etária de 0 a 36 meses. Encontraram índices ceo-d e ceo-s iguais a 0,16 e 0,17 para as crianças de 1 ano de



idade, 0,87 e 1,13 para as crianças de 2 anos e 2,54 e 3,68 para crianças de 3 anos. Esse trabalho confirmou o perfil da doença cárie dentária que tende a aumentar significativamente de acordo com a idade e com a cronologia de erupção. Os autores concluíram ressaltando a necessidade de que a primeira visita do paciente infantil ao consultório odontológico ocorra antes do primeiro ano de vida.

Um estudo retrospectivo conduzido por Al-Shalan; Erickson; Hardie (1997) com 115 tratamentos realizados na escola de Odontologia da Universidade de Minesota-USA foi executado com o objetivo de determinar se a cárie de mamadeira é um fator de risco (à cárie) no futuro para aquelas crianças que a tiveram na infância. Concluíram que a cárie nos primeiros anos de vida é um fator de risco para a doença nos anos seguintes e que as reconconsultas e os selantes são medidas preventivas eficazes.

O Canadá recebe muitos imigrantes vietnamitas, população esta que apresenta uma pobre nutrição, falta de serviços médicos e odontológicos, bairros específicos de moradias e oportunidades limitadas de educação. A saúde bucal não é prioridade para essas famílias no em próprio país. Apesar de poucas pesquisas a respeito da saúde bucal dessas crianças resultados de pesquisas de outros países mostraram que elas apresentam uma alta prevalência de cárie na dentadura decídua. Com o objetivo de estabelecer programas preventivos e promover saúde bucal para essas famílias, Harrison et al. (1997) resolveram determinar a prevalência da cárie dentária nas crianças vietnamitas, na cidade de British Columbia, Canadá. Sessenta crianças foram examinadas e suas mães entrevistadas a respeito da sua própria saúde bucal e de seu filho. Os resultados indicaram que 64% das crianças maiores do que 18 meses apresentaram cárie de mamadeira e nenhuma criança menor do que essa idade apresentou lesão de cárie. A amamentação no peito foi complementada com a mamadeira em 77% dos casos. Concluíram que hábitos inadequados de amamentação artificial são um dos fatores relacionados com a alta prevalência da cárie de mamadeira nas crianças vietnamitas. Para mudar os pobres hábitos de higiene bucal nessas crianças seria necessário conscientizar a

comunidade da importância da dentadura decídua e que o início de programas de promoção de saúde bucal para as crianças vietnamitas deve ser na infância.

A cárie de mamadeira de acordo com Ismail (1998); Weinstein (1998) é um problema social, político, comportamental, médico e odontológico que somente poderá ser controlado por meio do entendimento das mudanças dinâmicas que ocorrem na sociedade, particularmente aqueles que pertencem a estrutura familiar, alimentação infantil e nível sócio-econômico baixo. É um problema social porque reúne ou acomete as pessoas menos privilegiadas. É político porque envolve soluções e mudanças nos valores e prioridades políticas. Doenças da infância, fome, educação insuficiente, falta de suporte familiar, desemprego dos pais e baixa auto-estima são alguns dos muitos problemas que ocorrem nas famílias onde a cárie de mamadeira é endêmica. É comportamental porque envolve ações diárias (ou a falta delas) pelas mães, cuidadores, avós e todos os membros da família. A saúde bucal, em especial a saúde dos dentes dos bebês não é prioridade para os que vivem na pobreza. É um problema médico porque os bebês com cárie de mamadeira crescem menos quando comparados com aqueles livres da doença. Crianças com cárie de mamadeira geralmente necessitam de tratamentos odontológicos de alto custo sob sedação ou anestesia geral em hospitais. Ainda existe falta de métodos efetivos para prevenir a cárie de mamadeira e mudanças críticas são necessárias envolvendo outros grupos de saúde, líderes comunitários, organizações políticas e líderes políticos.

Preocupados com a prevalência da doença cárie dentária em bebês, Medeiros; Souza; Fonseca (1998) investigaram o índice de cárie dentária em 726 pacientes de 0 a 36 meses de idade, de diversos grupos étnicos e classe social, residentes no Estado do Rio de Janeiro. O levantamento constou de exame clínico e de perguntas sobre os hábitos familiares. Na idade de 6 a 12 meses, o percentual de crianças com dentes cariados foi de 1,5%, 13,45%, para as idades de 13 a 24 meses e, de 35% para a faixa etária de 25 a 36 meses. O resultado final da prevalência de cárie dentária foi de 16,67%, maior para a faixa etária de 25 a 36 meses. Isso ocorreu, segundo os autores, devido ao aumento da introdução da sacarose na alimentação

infantil, ao aumento do número de superfícies dentárias colonizáveis e maior tempo de exposição ao risco. A prevenção da cárie dentária em bebês passa pela motivação das gestantes objetivando mudanças de atitudes em relação à sua saúde bucal e a do seu filho, para sair da condição de busca de tratamento para a busca da promoção da saúde.

Waldman e Perlman (1999) traçaram o panorama da cárie na infância, nos Estados Unidos, mostrando que em 1996 apenas uma criança com menos de 6 anos de idade, em cada cinco, tinha visitado o dentista e que as crianças hispânicas e negras foram menos favorecidas em relação às brancas com respeito à saúde bucal. A realidade, segundo os autores, é que as atitudes, conhecimentos e experiências dos dentistas com os bebês é deficiente. Questionam os mesmos sobre o alcance do atendimento odontológico às crianças com necessidades odontológicas. O estudo nacional de 1995 mostrou que existe um aumento progressivo de acordo com a idade de crianças que não são livres de cárie, tanto para dentadura permanente como para a decídua e que continua aparecendo cárie dentária em crianças muito jovens, especialmente naquelas menos favorecidas. Pronunciamentos pela AAPD insinuam que o atendimento/exame precoce dos bebês antes dos 12 meses causaria um impacto limitado na saúde pública. Muitos especialistas membros da Academia não concordam com esse pronunciamento. O número de crianças menores de 6 anos entre as décadas de 70 a 90 que visitaram o dentista não aumentou. Segundo os autores o atendimento odontológico se restringe à uma minoria com necessidades especiais, defendem um alcance maior com serviços preventivos e gerais e certamente esse seria o tempo de desenvolver um diálogo entre a classe para melhorar a saúde bucal dos bebês.

Oliveira et al. (2000) em Florianópolis, verificaram a prevalência da cárie de mamadeira e o índice ceo em crianças com idade entre 13 e 48 meses, de áreas com e sem flúor na água de abastecimento público. Foram examinadas 550 crianças, destas 380 de creches localizadas em áreas com flúor na água de abastecimento e 162 de creches localizadas em áreas não fluoretadas. Foram diagnosticadas 21 crianças como portadoras de cárie de mamadeira, totalizando um percentual de 3,81%, sendo 10 pertencentes à região fluoretada

com ceo médio de 8,6 e 11 à não fluoretada com ceo médio de 7,1. A análise estatística demonstrou não haver diferença estatisticamente significativa na prevalência de cárie de mamadeira e no índice ceo entre as crianças provenientes de água com e sem flúor. Os autores concluíram que os maus hábitos alimentares e de higiene bucal estão relacionados no estabelecimento da doença e que o flúor parece não desempenhar papel relevante na prevenção da cárie de mamadeira.

As condições de saúde bucal de 340 crianças de 0 a 30 meses de idade das creches de Salvador foram avaliadas por Barros et al. (2001) considerando lesões incipientes e relacionando-as a alguns fatores determinantes da doença. Mediante um questionário avaliaram o conhecimento sobre a doença, fatores de risco, instrução, renda familiar e uso de fluoretos. Uma alta prevalência de cárie foi encontrada na população estudada (55,3%) quando se consideraram todos os estágios de lesão. A prevalência aumentou em função da idade e do número de dentes irrompidos, sendo os incisivos superiores os dentes mais afetados. A higiene bucal inadequada mostrou associação positiva com a presença de cárie nessa faixa etária, daí a necessidade da atenção à saúde bucal em idades menores por meio de métodos educativos e preventivos .

Douglas et al. (2001) confirmando também que a prevalência da cárie dentária aumenta a medida que avança a idade e irrompem os dentes, e procurando relacionar a seqüência de irrompimento dos dentes decíduos, padrão de comportamento com a doença cárie dentária, examinaram clinicamente 2428 crianças com idade entre 6 e 36 meses e entrevistaram suas mães por meio de questionários. Os resultados encontrados mostraram que a cárie foi detectada logo após o irrompimento dos dentes, de 34 a 36 meses, 25% dessa população apresentou a doença. As lesões nos incisivos superiores apareceram entre 10 e 12 meses, as lesões em fissuras de molares de 13 a 15 meses e as lesões proximais de 19 a 21 meses. Acima de 40% das crianças entre 13 e 36 meses usavam mamadeira. O uso da mamadeira noturna apresentou associação com as lesões nos incisivos superiores nas crianças com idade entre 24 e 36 meses. Menos de 15% das crianças tinham visitado o dentista. A

cárie dentária nessas crianças é um grande problema de saúde e é necessário melhorar o acesso aos cuidados odontológicos a essa população.

A cárie de mamadeira também pode ser causada pelo uso indiscriminado dos copos de transição ou com “bico de pato” segundo o estudo retrospectivo realizado por Behrendt et al. (2001) com os pacientes atendidos na Policlínica de Pediatria em Giessen – Alemanha, com idade inferior a 6 anos de idade e cárie de mamadeira (n=186). Os autores encontraram crianças com cárie de mamadeira que fizeram uso de mamadeira com líquidos açucarados, aleitamento natural prolongado e com copos com bico em forma de pato ou de transição. Os autores alertaram para o uso indiscriminado desse tipo de copo que também pode causar cárie de mamadeira, orientando para que seja usado somente como transição da mamadeira ou do peito para o copo ou xícara.

## **2.2 Conduta dos pais sobre saúde bucal**

As crianças nos primeiros anos de vida dependem diretamente da atenção e cuidados dos pais ou responsáveis e a grande maioria deles não tem acesso a informações antecipadas sobre saúde bucal. Essa falta de orientação antecipada pode gerar a instalação de hábitos e condutas inadequadas ou mesmo permissivas que levam à doenças como a cárie de mamadeira, entretanto quando a orientação acontece na época adequada muitas doenças são evitadas além da grande vontade de acertar e corrigir os possíveis erros por parte dos pais. Dessa forma, quando se pensa em prevenir, tratar, ou ambos, a doença cárie dentária em bebês não podemos deixar de fora a colaboração, participação efetiva e o conhecimento dos responsáveis. Nenhum trabalho com criança pode deixar à margem, a cumplicidade dos pais.

Na década de 60, autores como Fass (1962); Kroll e Stone (1967) definiram a relação da ocorrência da cárie de mamadeira com hábitos de amamentação noturna.

Os hábitos aprendidos na infância permanecem por toda a vida e são difíceis de serem modificados e as mães desempenham um papel importante nesse aprendizado. O processo no qual os pais transmitem as rotinas de comportamento à criança é chamado de socialização primária. Com o objetivo de investigar os hábitos de higiene infantil e a influência de fatores sociais e demográficos nessa higiene, Blinkhorn (1978) entrevistou 208 mães de crianças com idade entre 2 e 4 anos de idade. A prática da escovação bucal está bem difundida e as mães desempenham o papel principal no ensinamento da higiene às crianças. Entretanto, as mães não possuem conhecimento prévio ou informações de como realizar a escovação das crianças. Os educadores em saúde bucal devem incentivar às mães dos bebês a desenvolver atitudes positivas em relação ao comportamento em saúde bucal e ensiná-las a técnica correta de escovação.

Dois estudos avaliaram a opinião das mães sobre a ingestão de doces e hábitos de higiene, Mac Arthur e Blinkhorn (1974, 1978 apud BLINKHORN, 1981). Os resultados indicaram que para as mães o açúcar foi essencial na dieta e que os doces foram uma expressão de afetividade. As mães costumavam realizar a escovação, porém sem o conhecimento adequado sobre o assunto. Concluíram que os educadores de saúde deveriam tentar modificar o padrão de consumo do açúcar mais do que tentar eliminá-lo da dieta das crianças. Quanto a higiene bucal ou escovação, é uma rotina muito bem aceita, porém maior ênfase deveria ser dada ao seu uso para aperfeiçoar a técnica. Segundo Blinkhorn (1981) se hábitos saudáveis são ensinados em idade precoce, as ações educativas em saúde a serem implementadas mais tarde podem basear-se no reforço de rotinas já estabelecidas. Desta forma, a população-alvo para os programas de educação em saúde bucal que tem como objetivo estabelecer, ao invés de modificar rotinas, são as mães de crianças jovens e até mesmo gestantes.

Pensando na conduta adotada pelos pais ou responsáveis Tsamtsouris; Stack; Padamsee (1986) realizaram uma pesquisa com 179 gestantes que estavam sendo atendidas em consultas de pré-natal num hospital de Boston. Um questionário com perguntas sobre fluoretos, alimentação e medicamentos durante a gestação, desenvolvimento dos dentes, cárie de mamadeira, primeira consulta odontológica e saúde bucal do bebê foi respondido pelos pais. Concluíram que os pais estão mal informados sobre a saúde bucal e como a saúde bucal da criança reflete as atitudes e comportamento dos pais, é importante que esses sejam educados para a saúde antes mesmo do nascimento de seus filhos, até porque esse é um momento no qual o nível de motivação paterna é muito alto. É mais fácil estabelecer hábitos de boa higiene e alimentação na infância do que alterar hábitos indesejáveis mais tarde.

Seguindo o mesmo raciocínio, Crall (1986) recomendou que a prevenção das doenças bucais em crianças seja realizada por meio da aquisição de bons hábitos de higiene bucal.

Rossow; Kjaernes; Holst (1990) estudaram 231 crianças norueguesas para avaliar o padrão do consumo infantil do açúcar, coletaram informações sobre os hábitos alimentares entre 10 e 18 meses e de 2 anos de idade. Concluíram que o padrão do consumo da sacarose aumenta até os 2 anos de idade e é estabilizado na infância.

Todd e Gelbier (1990) realizaram um levantamento epidemiológico com crianças e adolescentes vietnamitas residentes na Inglaterra. Os índices encontrados demonstraram que aos 5 anos de idade as crianças apresentavam um CPO-d médio de 8,3. Ao entrevistar seus pais constataram que hábitos de amamentação noturna foram adotados para essas crianças.

Preocupada com os efeitos cariogênicos da alimentação noturna prolongada em crianças, a American Academy of Pediatric (AAP) recomendou que os pediatras orientem os pais para começar o desmame por volta de 9 meses e, a partir de então, complementada com outros alimentos. Recomendou ainda que a amamentação noturna seja desencorajada após o irrompimento do primeiro dente decíduo. Poucas informações existem acerca dos avisos que os pediatras dão aos pais sobre o desmame, dessa forma Koranyi; Rasnagr; Tarnowski (1991)

resolveram pesquisar 127 pediatras por meio de um questionário a respeito desse assunto. A maioria dos pediatras discute desmame com os pais, entretanto a idade recomendada por eles é de 12 meses para o início e 16 para o término total, o que contraria a recomendação da AAP. A cárie dentária é um dos argumentos utilizados pelo médicos para incentivar o desmame. A saúde bucal das crianças também pode ser influenciada pelos profissionais envolvidos com os cuidados primários de saúde como os pediatras, médico da família e enfermeiras .

Segundo Sheiham (1992) as duas principais doenças bucais (cárie e periodontite) estão relacionadas com hábitos de alimentação e de higiene. Uma forma de prevenir essas doenças é concentrar esforços nos fatores de risco ao invés das doenças. A promoção de saúde é um processo que permite aos indivíduos e à comunidade aumentar o controle sobre os fatores que determinam a saúde e porquanto melhorá-la. Os conceitos de promoção de saúde incluem a promoção de saúde por meio de uma política pública, criação de ambientes de apoio, desenvolvimento das habilidades pessoais, fortalecimento da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. A equipe de saúde bucal deve incorporar os seguintes princípios: integração com a educação de saúde geral, incentivar a participação da comunidade. Ao adotar e incorporar uma estratégia de Fator Comum de Risco na Atenção Primária de Saúde, as equipes de saúde bucal estarão promovendo a saúde bucal e a geral.

No Brasil, Paiva; Perét; Gonçalves (1994) apresentaram um programa de atuação preventiva às crianças na faixa etária de 0 a 24 meses e seus pais, residentes na Região Leste de Belo Horizonte. O programa compreendeu uma equipe multiprofissional (médicos pediatras e ginecologistas, enfermeiros, auxiliares de consultórios e técnicos de higiene dentária) que busca a promoção e manutenção da saúde bucal. Entre outros objetivos citam-se: educar para a saúde os pais das crianças envolvidas no projeto e trabalhar juntos aos médicos (pediatras e ginecologistas) a fim de que os mesmos repassem as informações necessárias para a prevenção das doenças da boca.



Herman (1995) relatou que foi criado, em 1993, o Samuel D. Harris Infant Dental Education Area, que é um espaço dentro da Escola de Odontologia da Universidade de Nova York que tem como alvo eliminar a doença cárie nos primeiros anos de vida da criança por meio da educação das gestantes e mães, ensinando os novos conceitos (em relação à doença) e as habilidades para ajudar suas crianças crescerem livres de cárie. Esse espaço visa a educação odontológica peri-natal e prevenção ao invés do tratamento curativo. O conceito e desenho do espaço foi baseado nos estudos que provam que a doença cárie dentária pode ser eliminada durante os primeiros anos de vida da criança, resultando em um adulto livre dela. Para tal, a prevenção deve começar o mais cedo possível, entretanto, as gestantes e mães não sabem como fazê-lo. A técnica utilizada nesse espaço para a prevenção da doença está fundamentada na educação precoce e na ajuda próxima ou própria ajuda e reforço positivo. O slogan desse espaço é a educação precoce e os tópicos ensinados às mães são os seguintes:

- a) a importância da limpeza da boca dos bebês;
- b) o potencial de transmissibilidade das bactérias cariogênicas;
- c) o perigo para a saúde bucal da criança do uso da mamadeira noturna como calmante;
- d) a importância da fluoroterapia;
- e) o papel da alimentação no desenvolvimento da doença.

O *Love Teeth Day* é uma campanha nacional que vem sendo desenvolvida desde 1989 na China focando a educação em saúde bucal para a comunidade, os cuidados primários em saúde e os conhecimentos e habilidades necessárias para prevenir as doenças da boca. A campanha vem sendo desenvolvida por nove organizações governamentais e não governamentais, que elegeram o dia 20 de setembro como o *Love Teeth Day* na China. Bian; Zhang; Rong (1995) descreveram o resultado do impacto social causado pela campanha:

- a) as atividades cobrem 54% da população chinesa;
- b) o número de profissionais envolvidos aumentou de 14.000 em 1989 para 40.000 em 1992;
- c) a campanha propiciou uma comunicação direta entre a população e os profissionais (41, 32 milhões de consultas diretas) de saúde bucal;
- d) os conhecimentos, as atitudes, o comportamento e a prática para a higiene bucal da população mudaram nessa direção, em 1989 50% das pessoas escovavam os dentes duas vezes ao dia frente a 69,2% em 1992.

Segundo os autores, além do *Love Teeth Day* durante todo o ano são necessárias mensagens sobre saúde bucal para induzir uma mudança de comportamento em favor da saúde bucal.

Buscando confirmar a relação entre o comportamento de saúde com a saúde bucal em bebês, Jones; Hussey; Lennon (1996) compararam o comportamento (em relação à saúde bucal) entre duas comunidades com baixo (60 crianças) e alto índices de cárie dentária (68 crianças). A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas em St Helen, uma cidade ao norte da Inglaterra entre junho e agosto de 1993 com crianças na faixa etária entre 17 e 20 meses e suas respectivas mães. As mães foram entrevistadas em casa, quando deveriam relatar as atividades do dia anterior sobre o consumo de sacarose, horários de escovação, exposição ao flúor por cremes dentais ou suplementos e a ocupação do chefe da família. As conclusões da pesquisa foram que a frequência do consumo de açúcar foi significativamente maior no grupo com altos índices de cárie com uma média de 10 episódios cariogênicos por dia frente a 6 para o grupo com baixos índices de cárie; o uso do creme dental fluoretado pelas crianças é comum aos dois grupos, porém existem mais crianças escovando os dentes duas vezes ao dia no grupo com baixos índices. No grupo com altos índices, o padrão de comportamento em relação à saúde bucal mais prevalente foi o de muitos desafios cariogênicos combinado com uma ou menos escovações por dia, oposto ao grupo com baixos índices que apresentou

poucos desafios diários e no mínimo duas escovações diárias com creme dental fluoretado. O padrão de comportamento em relação à saúde bucal está presente em tenra idade (idade pesquisada).

Procurando analisar os fatores relacionados à cárie dentária e investigar se os hábitos de higiene e de alimentação estabelecidos no primeiro ano de vida são mantidos aos 2 anos de idade, Wendt et al. (1996) examinaram 289 crianças livres de cárie com 1, 2 e 3 anos de idade. Destas 289, 23 desenvolveram lesão de cárie aos 2 anos de idade; 60 desenvolveram lesão aos 3 anos, as demais, 206 crianças, permaneceram livres (de lesão). Além do exame clínico o examinador entrevistava os pais a respeito dos hábitos de higiene e alimentação da criança adotados no ano anterior. Os autores concluíram que os hábitos de alimentação e higiene estabelecidos durante os primeiros anos são mantidos na infância e que hábitos saudáveis estabelecidos durante o primeiro ano de vida e mantidos até 2 anos favorecem a manutenção da saúde bucal (ausência da doença).

A Prefeitura Municipal de Cambé, no Paraná, resolveu por meio de sua Secretaria Municipal de Saúde, implantar, a partir de julho de 1988, o Programa Bebê-Clínica, com o objetivo de prevenir e controlar a doença cárie dentária mantendo assim as suas crianças em boas condições de saúde bucal. A Bebê-Clínica de Cambé foi pioneira no Brasil no que diz respeito ao atendimento de crianças desde o nascimento em termos de saúde pública em nível municipal. Foi estruturada como uma extensão do programa desenvolvido pela Universidade Estadual de Londrina/UEL, e coordenado pelo Professor Luiz Reinaldo de Figueiredo Walter. De acordo com Garbelini e Pinto (1996) a experiência mostrou uma redução nos índices de cárie em torno de 29% durante o período de 1988 a 1991.

Rosa (1996) desenvolveu um programa com mães, visando a orientação para uma perfeita saúde bucal da infância à adolescência, por meio de palestras informativas, distribuição de um guia prático e aplicação de questionários antes e após o curso. O programa conseguiu uma maior conscientização das mães acerca da importância da amamentação, da

higiene bucal adequada e uso correto de mamadeiras e chupetas. Quanto ao consumo de guloseimas entre as refeições por parte das crianças e, a interrupção total do hábito da mamadeira noturna, não houve mudança de comportamento devido à grande dificuldade relatada pelas mães para remoção desses hábitos.

Buscando conhecer o perfil em relação à saúde bucal das crianças, Barreira et al. (1997) entrevistaram (por meio de questionários) os pais atendidos na clínica de graduação da disciplina de odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Foram entrevistados 49 responsáveis abordando questões sócio-econômicas, qualitativas e quantitativas sobre saúde bucal, desses 80% eram mães, das quais 47% eram donas de casa. Segundo os autores os conhecimentos apresentados pelos responsáveis em relação à cárie dentária não são suficientes para que os mesmos modifiquem o comportamento em relação à doença. A população em geral só se preocupa com a saúde bucal quando os problemas já estão instalados, faltando despertar nas pessoas o interesse por medidas preventivas. O cirurgião-dentista precisa assumir o seu papel de educador e transformador, desenvolvendo seus conhecimentos humanísticos, para chegar a ser um profissional totalmente útil à sociedade.

Com o objetivo de compreender os valores, hábitos e as dúvidas maternas em relação à saúde bucal, Barbosa e Chelotti (1997) aplicaram um questionário sobre saúde bucal a 500 gestantes ou mães com filhos até 6 anos de idade. A amostra continha mães de nível sócio-econômico médio-alto, com filhos em escolas particulares da cidade de São Paulo e que pudessem freqüentar consultório médico particular. O questionário foi elaborado com perguntas sobre os seguintes assuntos: cuidado pessoal, hábitos de higiene, hábitos de alimentação, cárie, gengivite, transmissibilidade, dentes decíduos, hábitos de sucção e aspectos de fonação. Por meio das respostas encontradas concluíram o seguinte: a maioria das mães (98,8%) escovavam os dentes e colocavam o dentista como sua fonte maior de informações sobre saúde bucal. Mais da metade das mães pesquisadas (61,7%) não sabem que os bebês de 6 meses a 1 ano de idade devem freqüentar o consultório odontológico, apenas

16,2% consideram a faixa etária de 6 meses a 1 ano como a idade ideal para a primeira consulta. No que diz respeito aos aspectos preventivos da doença cárie dentária, observaram que a doença em si é mais conhecida que a sua prevenção, provavelmente em virtude da odontologia curativa que predominou por muito tempo.

No que diz respeito ao caráter transmissível da doença Figueiredo e Falster (1997) realizam uma revisão da literatura sobre o assunto. O fator transmissibilidade é crucial no desenvolvimento da cárie dentária, ocorrendo uma aquisição precoce de microorganismos cariogênicos por meio do contato direto entre mãe e filho. A partir daí, concluíram que a transferência materna de bactérias cariogênicas é difícil de ser evitada e, diante dessa dificuldade, deve haver a preocupação com o controle dos fatores primários para a ocorrência da doença (microbiota e dieta). A educação dos pais sobre a importância do consumo inteligente da sacarose, higiene bucal adequada e uso racional da fluoroterapia são medidas básicas e de grande valor para a manutenção de condições equilibradas na cavidade bucal da criança.

Com o objetivo principal de determinar como as mudanças nos hábitos bucais de 3 a 5 anos podem prevenir a doença cárie dentária nas crianças, as mães de 1000 crianças responderam questionários durante o 3º trimestre de gestação, aos 18 meses de vida de seus filhos, entre 3 e 5 anos de idade. Além disso as crianças passaram por exames bucais até os 5 anos de idade. Segundo Mattila et al. (1998) existem vários fatores que implicam na saúde bucal infantil, como o envolvimento das mães com a higiene e hábitos bucais. Aquelas crianças que permaneceram com pobres hábitos de higiene durante o período do estudo (2 anos) apresentaram alto risco à cárie. A identificação dessas crianças é o grande desafio para prevenir a doença. As crianças de risco à doença foram aquelas cujas as mães tinham menos do que 9 anos de estudo básico, que apresentaram placa e cárie aos 3 anos de idade e aumentaram a frequência do consumo de doces durante os 2 anos da pesquisa. Por volta dos 3 anos de idade a presença de placa é um indicador de risco à cárie e deve ser usado como

elemento chave para a prevenção, sendo que os cuidados preventivos não conseguiram deter por completo a doença.

Com o objetivo de analisar em crianças livres de cárie, a relação dos fatores de risco e o seu controle na eficácia da utilização do método educativo-preventivo preconizado pela Bebê–Clínica da Universidade Estadual de Londrina, na prevenção da cárie dentária, 412 crianças foram examinadas buscando a presença ou não de lesões de cárie. Observando a incidência de cárie na amostra, Walter e Nakama (1998) encontraram que dos 223 pacientes do sexo masculino, 208 (93,3%) não adquiriram a doença cárie dentária e 15 (6,7%) adquiriram. Dos 189 pacientes do sexo feminino, 177 (93,5%) mantiveram a saúde bucal, isto é, sem cárie, enquanto 12 (6,5%) desenvolveram a doença. No início do acompanhamento, 320 (77,7%) das 412 crianças foram consideradas de risco à doença e destas, 266 (83,1%) reverteram o risco ao longo do tratamento, evidenciando que a terapia educativa aos pais é de fato eficaz. A idade ideal para o início da atenção odontológica e prevenção de 100% da doença cárie dentária foi considerada a de 12 meses. Junto com a idade inicial do atendimento precoce, a educação prévia dos pais foi um dos fatores mais relevantes na prevenção da doença cárie dentária nos bebês.

A saúde bucal não pode ser dissociada da geral, sendo a cavidade bucal um componente relevante dentro do contexto saúde, devido as suas complexas funções na vida das pessoas. A manutenção da saúde bucal resulta da responsabilidade e integração dos profissionais, pediatras e odontopediatras, da área da saúde. Seerig; Mainardi; Oliveira (1998) realizaram uma revisão sobre os fatores etiológicos e a prevenção da doença cárie dentária em bebês. Baseados nessa revisão concluíram que é de extrema importância que pais e pediatras sejam esclarecidos quanto aos fatores etiológicos e de risco à doença para que se possa preveni-la adequadamente na infância. A doença cárie dentária em bebês está diretamente relacionada com os hábitos alimentares da família. Cabe aos profissionais da área odontológica orientar e motivar os pais para o atendimento odontológico antes do

irrompimento do primeiro dente decíduo na cavidade bucal. Essa abordagem não é fácil pois vai de encontro aos preceitos sociais que não valorizam a dentição decídua.

Uma amostra de 250 mães de crianças com idade entre 0 e 30 meses foi selecionada entre aquelas que procuraram atendimento no Serviço Médico Ambulatorial do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), por Alves; Montandon; Menezes (1998) com o objetivo de desenhar o perfil alimentar e de higiene das crianças nessa faixa etária. O instrumento utilizado foi um questionário contendo questões sobre alimentação, higiene infantil e fonte de informação sobre saúde bucal. A participação dos odontopediatras como fonte de informação sobre higiene bucal e alimentação foi menor do que a dos pediatras. O consumo da sacarose adicionada a chás, sucos e mamadeiras aumentou a medida que aumentava a faixa etária. A instituição de medidas de higiene bucal foi tardia (18 meses), dessa forma concluíram que a conduta dos pais em relação à higiene e alimentação das crianças na faixa etária estudada foi inadequada, provavelmente devido ao fato do não recebimento de informações e orientações sobre o assunto.

Em 1990, foi implantado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), um atendimento voltado a pacientes na faixa etária de 0 a 3 anos, objetivando a prevenção das doenças bucais e as alternativas de tratamento curativo, quando indicado. A parte educativa na infância é hoje responsabilidade do odontopediatra e deve ser direcionada aos pais. Com o aumento da idade, a educação para a saúde vai sendo redirecionada para as crianças até atingir a adolescência, quando será de sua responsabilidade. Dessa forma, Figueredo; Rosito; Michel (1998) resolveram avaliar o programa desenvolvido na Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da UFRGS no período de 1990 a 1996 e verificando a distribuição das crianças por faixa etária, o motivo da consulta, a avaliação inicial e final da atividade de cárie, o índice de abandono de tratamento, a avaliação da alteração de cárie e a faixa etária versus o motivo da consulta. Das 462 crianças atendidas, 224 compareceram a nova chamada para avaliação do estado da saúde bucal. A maior parte das crianças (37%) estava na faixa etária de 2 a 3 anos, seguido das crianças de 1 a 2 anos

(28%). O motivo prevalente que levou as crianças a procurarem o atendimento foi a cárie dentária (51%). O índice de abandono foi de 12%. Das 224 crianças avaliadas, 61,5% iniciaram o tratamento com atividade de cárie, ocorrendo uma redução de 34,5% da doença. Os autores concluíram que é possível essa redução, desde que seja realizado um tratamento direcionado aos fatores moduladores da doença e quando indicado, realizado o tratamento curativo, mesmo levando em conta as dificuldades inerentes a idade sendo necessário também uma motivação constante dos pais para que se atinja os objetivos propostos.

Ismail (1998) revisou a literatura sobre os métodos usados para prevenir a cárie dentária em bebês. Os métodos citados foram a educação básica para desenvolver bons hábitos, o exame precoce, medidas preventivas em nível clínico, o desenvolvimento de uma alimentação apropriada, além do autocuidado em casa. Todos envolvem de uma certa forma a educação e motivação das mães e cuidadores em seguirem as instruções e trazer as crianças para o atendimento.

Weintraub (1998) propôs estratégias para prevenir a cárie de mamadeira em bebês, preferencialmente para os grandes grupos de crianças de baixo nível social e econômico. As recomendações foram as seguintes:

- a) a fluoretação da água de abastecimento público;
- b) avaliar a falta de efetividade das outras medidas de saúde para prevenir a cárie de mamadeira;
- c) desenvolver um registro nacional da cárie de mamadeira;
- d) atar a saúde bucal com intervenções de baixo custo como o calendário de vacinação e com o serviço público de enfermagem;
- e) aumentar as oportunidades para as intervenções básicas de saúde realizadas pela higienistas;



- f) mudar as medidas de reembolso do seguro como incentivo aos dentistas para prevenir a cárie de mamadeira;
- g) incluir a odontologia na legislação da saúde para a criança ou no estatuto da criança.

Segundo Weinstein (1998) a cárie de mamadeira é uma doença da pobreza e da população infantil que geralmente não tem acesso aos serviços de saúde. Os serviços públicos de saúde não tem colocado a prevenção e o controle da cárie de mamadeira como prioridade. Novos treinamentos e atendimentos precoces são recomendados. Repetidas consultas durante o pré e pós-natal para as mães e as crianças são recomendadas, nas quais estratégias com terapêuticas químicas e comportamentais devem ser utilizadas. As intervenções comportamentais sugeridas para mudar o comportamento dos pais são:

- a) não oferecer a mamadeira;
- b) introduzir o copo ou xícara o mais cedo possível;
- c) não colocar a criança para dormir com a mamadeira na boca;
- d) não colocar líquidos açucarados na mamadeira;
- e) opções para eliminar a mamadeira (alterar o sabor, perder ou esquecer a mamadeira, diminuir o volume gradativamente, acrescentar água, aumentar os intervalos entre as mamadas, eliminar radicalmente a mamadeira);
- f) reduzir o número de doces e bebidas;
- g) escovação diária mesmo que a criança chore;
- h) muitas visitas para aplicação tópica de flúor;
- i) uso diário de suplementos de flúor;
- j) exames regulares para diagnóstico de lesão.

São necessárias muitas visitas e comprometimento por parte dos responsáveis para o sucesso de qualquer medida. É impossível manter as crianças saudáveis sem a execução em casa das recomendações profissionais e das consultas de retorno para tratamento preventivo.

Buscando correlacionar hábitos e cárie dentária, Frisso; Bezerra; Toledo (1998) realizaram em Brasília – DF, uma pesquisa com 60 crianças na faixa etária de 6 a 36 meses de idade. O questionário aplicado sobre os hábitos alimentares da criança foi respondido pela mãe ou responsável. Foi realizado ainda um exame intrabucal, no qual verificaram que 35% das crianças apresentavam lesões de cárie. A preferência alimentar por doces determinou um aumento na quantidade e frequência de açúcar consumido. A maior quantidade de açúcar ingerido determinou uma prevalência de cárie significativamente mais elevada na amostra. O refrigerante está sendo introduzido precocemente na alimentação das crianças (a partir do sexto mês na maioria das crianças).

Apesar das mudanças nos índices de cárie, ainda existem muitas crianças sofrendo por dor de dente. De acordo com Blinkhorn (1998) existem quatro mensagens simples para se manter uma boa saúde bucal:

- a) reduzir o consumo e frequência dos alimentos e bebidas açucaradas;
- b) limpar os dentes com creme dental fluoretado;
- c) procurar tratamento e orientações regularmente e bem cedo;
- d) abastecer a população com água fluoretada.

Os esforços em saúde bucal são enormes, entretanto, ainda não há suporte científico adequado devido ao alto custo e tempo necessário para as pesquisas nesse campo. Se forem observadas as revistas científicas, estão repletas de técnicas sendo novamente testadas e apresentadas como novas ou inovadas. Precisamos avaliar os programas de educação em saúde bucal para ampliar os benefícios aos pacientes, já que o tratamento restaurador é paliativo e a chave para a doença é a prevenção. Existem mensagens efetivas e deve-se apenas

assegurar o monitoramento dos programas a longo e curto prazo. Segundo Blinkhorn (1998) os profissionais da odontologia tem responsabilidade ética em dar conhecimentos sobre saúde bucal e com isso melhorar a saúde da população. É melhor esses profissionais trabalharem juntos para incorporar conhecimentos para a saúde bucal e alcançar outros profissionais de saúde e educação para colocar a saúde bucal em suas agendas, reforçando as mensagens preventivas em diferentes cenários.

Scavuzzi e Rocha (1999) em uma revisão sobre a odontologia na gravidez concluíram que esse é um período ideal para que se inicie a promoção de saúde dos futuros bebês. No período pré-natal os pais estão ansiosos por respostas e orientações e com isso assumem compromissos e responsabilidades para com a saúde do futuro bebê. O estabelecimento de práticas saudáveis depende do envolvimento familiar.

Preocupados com a promoção da saúde bucal, Hamilton; Davis; Blinkhorn (1999) avaliaram um programa de saúde bucal, no qual as mães de crianças de 8 meses recebiam visitas de saúde informando acerca dos fatores de risco associados à cárie de mamadeira. Para essa avaliação o instrumento utilizado abordava as seguintes questões:

- a) uso de copo de transição ao invés da mamadeira;
- b) escovação dos dentes do bebê com creme dental fluoretado;
- c) restrição ao bebê de comidas e bebidas açucaradas;
- d) uso de medicamentos livres de açúcar;
- e) registro do bebê com um dentista.

Segundo os autores, uma amostra com 250 mães que haviam participado do programa de promoção de saúde e 250 mães que não tinham participado do programa, na cidade de Salford – UK foi criada. Os resultados indicaram que o programa de saúde bucal melhorou significativamente a lembrança materna a respeito das orientações recebidas pelas visitas de saúde, favoráveis ao uso de copos de transição, higiene bucal, restrição de alimentos contendo

sacarose, uso de medicamentos livres de açúcar e registro do bebê com um dentista. O programa também incentivou as mães a trazerem seus filhos para controle odontológico. Concluíram que um programa de saúde bucal facilitado, por visitas domiciliares de agentes de saúde melhorou a informação das mães acerca das medidas preventivas para a cárie de mamadeira e o comportamento em relação às visitas odontológicas.

Procurando relacionar a prevalência de cárie dentária aos hábitos alimentares inadequados, Barreto e Corrêa (1999) examinaram 200 crianças na faixa etária de 6 a 24 meses, de ambos os sexos, que freqüentaram o Departamento de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Como pré-requisito as crianças deveriam estar recebendo leite materno, mamadeira, ou ambos, com ou sem suplementação alimentar. A freqüência do consumo diário da sacarose, a realização ou não da higiene bucal e os hábitos alimentares foram investigados por meio de um questionário dirigido às mães. As conclusões apresentadas foram: com o aumento da idade, maior foi a incidência de cárie dentária; a lesão de mancha branca foi encontrada com maior freqüência do que a do tipo cavidade; existiu relação entre a higiene bucal diária e noturna e a cárie dentária; o maior consumo diário de sacarose esteve associado com o aumento da quantidade de crianças com cárie dentária; a maior freqüência diária de amamentação, a presença do hábito noturno e o tempo de amamentação, exclusivamente no peito, superior a 12 meses influenciaram o aumento da prevalência de cárie dentária. Ressaltaram que a instituição de hábitos alimentares e de higiene bucal deve fazer parte dos programas de promoção de saúde bucal na infância.

Fatores associados à cárie dentária e o efeito da alimentação infantil sobre a doença foram avaliados por Saito; Deccio; Santos (1999) mediante o levantamento de ceo-d e ceo-s de 156 crianças com idade entre 18 e 48 meses de idade e um questionário com as mães sobre higiene bucal, hábitos de alimentação, escolaridade das mães e época de irrompimento dos primeiros dentes. A amostra estudada consistiu de 156 crianças, sendo 76 do sexo masculino e 80 do sexo feminino. Em relação à escolaridade, apenas um número muito reduzido de mães tinha pós-graduação (6%). Já o curso de graduação foi concluído por 30 mães (19%),

enquanto a maioria delas havia concluído o ciclo básico (29%) ou o primeiro grau (44%), sendo que apenas 3 mães (2%) não tinham escolaridade. Em relação aos hábitos de higiene bucal, 93,5% das mães realizavam escovação diária com dentifrício fluoretado. Quanto à época de erupção do primeiro dente decíduo, os resultados mostraram uma variabilidade muito grande entre 6 meses e 1 ano e meio. Os dados sobre a experiência de cárie na faixa estudada demonstraram que 60,2% da amostra apresentou um ceo-d maior que zero e que este índice foi maior que 4 em 24,3% das crianças. A prevalência de cárie de mamadeira foi relativamente alta (20%). As crianças cujos pais eram profissionais com terceiro grau apresentaram menos cárie quando comparados àquelas cujos pais eram profissionais com nível técnico ou operários. A maior prevalência da doença esteve relacionada à introdução precoce da sacarose na alimentação infantil. As crianças com cárie de mamadeira mantiveram o aleitamento por um período maior que 12 meses, sendo que 100% das mães relataram o uso do açúcar na mamadeira além do hábito de mamar antes de dormir. Devido a ocorrência precoce da cárie de mamadeira na infância e à identificação do risco à doença, os autores sugeriram que as estratégias para prevenir a doença cárie dentária devem ser direcionadas aos pais.

Ramos e Maia (1999) realizaram uma revisão da literatura sobre a cárie de mamadeira e sobre os cuidados com a criança na primeira infância para evitar a doença. Grande destaque foi dado ao fato da promoção de saúde estar inserida na função sócio-educativa e política da profissão odontológica. A cárie de mamadeira é uma doença intimamente ligada ao hábito prolongado da amamentação e diretamente relacionado ao conteúdo de carboidrato fermentável presente no alimento consumido. Como a não-contaminação por bactérias cariogênicas é quase impossível, a prevenção da doença deve ser alcançada por meio da educação em saúde, na qual a interação pediatra/odontopediatra é fundamental sendo a infância o período no qual os hábitos saudáveis são incorporados. Dessa forma torna-se imprescindível a participação dos pais na educação dos filhos. Como conclusão os autores ressaltaram que como não existe ainda um segmento da sociedade adulta usufruindo os

benefícios oriundos da odontologia para bebês, não se pode avaliar o tamanho do benefício advindo dessa prática.

Um estudo retrospectivo foi realizado por Blen; Narendran; Jones (1999) na clínica odontológica da University of Texas-Houston Health Science Center com 369 crianças na faixa etária de 8 a 36 meses de idade atendida nesse setor. Os pais complementaram as informações respondendo um questionário sobre o desenvolvimento médico e odontológico da criança, consumo de mamadeiras e complicações ao nascimento. Foram extraídas dos prontuários as informações sobre a experiência de cárie e necessidade restauradora. Os autores concluíram que aproximadamente um terço do todo, e dois terços daqueles com idade entre 25 a 36 meses de idade necessitavam de tratamento restaurador; atribuído ao uso prolongado de mamadeira, inadequada exposição ao flúor, pobre alimentação e higiene bucal. Em geral, os responsáveis apresentavam o mínimo de educação para a saúde bucal. Uma forma de comprometimento como meta é a promoção dos conceitos precoces de saúde bucal não somente para as crianças e os responsáveis, mas também para os pediatras e os outros colegas médicos. O exame bucal precoce serve também às necessidades restauradoras.

Os programas em saúde bucal não podem limitar-se a demonstrações de procedimentos corretos, mas sim concentrar-se em criar hábitos próprios. O programa deve reforçar a responsabilidade em manter bons hábitos, sem pensar que os cuidados em saúde bucal formam um tratamento isolado e o atendimento somente quando as necessidades odontológicas aparecem. Baseados na filosofia da educação em saúde e com alvo na educação dos responsáveis, foi organizado por Cunha et al. (2000) em Araçatuba –SP um programa de atendimento a bebês, com os seguintes objetivos:

- a) desenvolver estratégias de educação voltada aos pais conscientizando a importância da saúde bucal dentro da geral;
- b) demonstrar que os cuidados com a saúde bucal podem ser prazerosos desmistificando o medo do dentista;

- c) avaliar o desenvolvimento buco-facial das crianças atendidas precocemente;
- d) promover e manter a saúde bucal para que a próxima geração seja livre da doença cárie dentária;
- e) desenvolver e aperfeiçoar as técnicas do programa preventivo para bebês.

O protocolo de atendimento do programa prevê uma conferência inicial e uma primeira visita na qual a criança é classificada de acordo com o seu risco (alto ou baixo) à cárie dentária. O protocolo prevê quatro consultas com intervalos de 1 semana quando os pacientes recebem instruções de higiene, aplicação de fluoreto de sódio e verniz fluoretado de acordo com o risco, além de demonstrarem como estão realizando a higiene em casa. O retorno ocorre a cada 2 meses até as crianças completarem 3 anos. O resultado mais importante é que os pais estão mudando suas atitudes em relação à prevenção e mantendo a saúde bucal das crianças.

Beaulieu; Dufour; Beudet (2000) apresentaram um projeto iniciado há 2 anos em Oxford County, Maine, que busca por meio de um programa para bebês, melhorar a saúde bucal das crianças. O programa é mantido pela colaboração entre instituições educacionais e agências de serviços sociais e o serviço é oferecido para pessoas de baixa renda. A experiência proporcionou aos estudantes do curso de higienista um melhor aprendizado sobre a doença cárie dentária e os múltiplos fatores que contribuem para o seu aparecimento. Até o momento da pesquisa, 45 famílias estão em atendimento, sendo a idade média das crianças em torno de 16 meses, das quais 10% das crianças examinadas apresentaram lesão de cárie e foram tratadas imediatamente com verniz fluoretado.

Twetman; Garcia-Godoy; Goepferd (2000) reforçaram a recomendação da United Nations' Convention sobre os Direitos da Criança que garante que todas as crianças tem os mesmos direitos e o direito à saúde e aos serviços médicos. Apesar do declínio da cárie dentária, a cárie de mamadeira é sem dúvida uma grande ameaça para as crianças e bebês, e

está relacionada com o estilo de vida, com fatores biológicos, comportamentais e determinantes sociais. A consulta odontológica no primeiro ano de vida é uma excelente oportunidade para a detecção precoce dos fatores de risco à doença. Descreveram todas as medidas preventivas para o diagnóstico precoce e tratamento da cárie de mamadeira, passando por considerações clínicas, prevalência da doença, fatores etiológicos, principais estratégias preventivas, agentes químicos, fluoroterapia e educação para a saúde bucal. Os cuidados preventivos são baseados na educação dos pais e na adoção de medidas preventivas em casa e para a comunidade. Essa é uma tarefa urgente para toda a sociedade e profissionais que ambicionam promover saúde bucal para todas as crianças indiscriminadamente.

Jones et al. (2000) descreveram o *Head Start* e *Early Start*, programas desenvolvidos nos Estados Unidos que atendem crianças do nascimento até os 5 anos de idade, mulheres gestantes e suas famílias, garantindo atendimentos médico, odontológico, de nutrição e psicológico. Essas Associações iniciaram seus trabalhos por volta de 1965, promovendo atendimento a mais de 800.000 crianças durante esses anos. Conferências no National Institute têm demonstrado grande preocupação com a cárie de mamadeira, que atinge severa e principalmente as crianças menos favorecidas socialmente, estabelecendo critérios de diagnóstico para a doença. Além dessas, outras Instituições têm manifestado grande interesse em promover saúde bucal às crianças e bebês de baixa renda nos Estados Unidos e criaram um fórum para a discussão apropriada sobre saúde bucal das crianças, realizado nos dias 16 e 17 de setembro de 1999, em Arlington. Objetivos do Fórum:

- a) desenvolver estratégias para aumentar a colaboração federal em níveis municipais para melhorar a saúde bucal das crianças e famílias de baixa renda;
- b) obter um retorno dos participantes sobre as recomendações adequadas sobre nutrição, acesso aos cuidados, prevenção e controle da cárie;
- c) determinar a prática municipal e estadual das recomendações e desenvolver uma vigilância à saúde bucal dos bebês.



Como resultado maior do Fórum, os participantes relataram a possibilidade da discussão e facilidade das informações a todos aqueles que trabalham com crianças. Concluíram que a educação é o primeiro passo necessário para realizar mudanças no comportamento em relação à saúde.

Watt (2000) também preocupado com a relação entre hábitos e conduta dos pais com a cárie de mamadeira, realizou na Inglaterra um estudo com crianças oriundas das comunidades de Bangladesh, Índia e Paquistão sobre as suas práticas de amamentação do nascimento aos 15 meses de idade. O levantamento ocorreu entre 1994 e 1996 com um total de 2382 mães. O estudo revelou que os paquistaneses e bengaleses são os grupos menos desfavorecidos social e economicamente. O achado mais relevante para a saúde bucal foi que, aos 15 meses, 90% das crianças ainda mamam na mamadeira. Quanto ao consumo de doces, o estudo mostrou que aos 5 meses de idade as crianças fazem uso de sobremesas, chocolates e doces. Concluiu que na amostra estudada, não foi possível definir se as diferenças encontradas foram causadas por fatores culturais ou sócio-econômicos.

Portillo e Paes (2000) escreveram sobre a autopercepção da qualidade de vida relativa à saúde bucal. O artigo é uma aproximação à necessidade da autopercepção da qualidade de vida, envolvendo conceitos sobre a promoção de saúde, a educação e as relações entre estes conceitos, e o contexto de saúde bucal. A autopercepção de saúde é apenas um elemento na busca da melhoria do estado de saúde de uma comunidade, saúde esta que é responsabilidade individual e social e assegurada por ações colaborativas em todos os níveis da sociedade. Acredita-se que a partir da percepção de saúde bucal da comunidade estudada seja possível abordá-la de forma mais efetiva e democrática, buscando a participação nas questões de saúde que se relacionam de forma mais íntima com a qualidade de vida e a transformação para tal.

Fraiz (2001) avaliou os fatores relacionados ao desenvolvimento da cárie dentária em pré-escolares que recebiam acompanhamento e atendimento odontológicos constantes, com envolvimento dos pais em ações educativas e preventivas. Para tal, 200 crianças de 24 a 48

meses de idade que participavam a pelo menos 12 meses do programa da Bebê-Clínica da UEL foram examinadas e suas respectivas mães responderam um questionário sobre hábitos de higiene bucal. A análise em relação aos hábitos de higiene bucal não foi significativa entre as crianças com e sem cárie. Os fatores associados à presença de cárie foram a educação formal dos pais, igual ou menor que 8 anos, alto consumo de açúcar e uso de mamadeira associada ao sono. Concluiu que o padrão dietético continua sendo o principal responsável pelo desenvolvimento das lesões de cárie, sendo que a presença de placa bacteriana visível na vestibular dos incisivos superiores deve ser considerada um importante sinal clínico, freqüentemente associado a padrões irregulares de higiene bucal e alimentação.

Santos-Pinto et al. (2001) avaliaram os conhecimentos sobre saúde bucal de 237 gestantes do interior do Estado de São Paulo. Um questionário com perguntas fechadas foi aplicado e sua análise revelou que o conhecimento das gestantes no que diz respeito ao processo saúde/doença na cavidade bucal não está claramente definido. As futuras mães desconheciam fatores importantes relacionados à conduta odontológica atual, os quais são fundamentais para a promoção de saúde bucal.

Procurando descrever os hábitos alimentares e de higiene de crianças (163) nos primeiros 18 meses, Habibian et al. (2001) realizaram exames clínicos (realizados aos 6, 12 e 18 meses) e coletaram relatórios alimentares por 3 dias. As crianças que realizavam a própria higiene apresentavam mais placa do que aquelas nas quais a escovação foi executada pelos responsáveis. Correlação positiva foi encontrada entre o índice de placa encontrado aos 18 meses com a média de episódios de alimentações durante o dia entre 12 e 18 meses.

Weinstain e Riedy (2001) realizaram uma pesquisa na ilha de Saipan, Commonwealth-USA com 179 crianças na faixa etária de 6 a 36 meses que passaram por um exame clínico. Das 179, 43,6% apresentavam lesões tipo mancha branca e, 36,3% com lesão cavitada. O Readiness Assessment of Parents concerning Infant Dental Decay (RAPIDD) foi uma escala desenvolvida para medir a atitude dos pais em relação às crianças. Formada por 38 itens com

respostas numa escala de 5 pontos que vão desde um forte acordo até um fraco desacordo. O instrumento é dirigido aos pais, e cada um dos 38 ítems é baseado nas seguintes construções: 1) aberto para informação de saúde; 2) valoriza a saúde bucal; 3) dificuldade em mudanças; 4) permissividade infantil. Os pais responderam um questionário sobre dieta e ao RAPIDD e foram classificados em pré-contempladores (16%), contempladores (77%) e ativos ou que tomam atitudes (6,7%). Esses números estão diretamente relacionados com o número de desmineralizações e lesão de cárie que as crianças apresentaram. Concluíram que o instrumento foi adequado para determinar o estágio de mudança em que os pais se encontram em relação à saúde bucal de seu filhos.

### **2.3 Idade ideal para a primeira consulta odontológica**

Desde 1940, a idade recomendada para o atendimento odontológico infantil foi 3 anos de idade, porém o avanço dos conhecimentos científicos a respeito da etiologia da doença cárie dentária passou a exigir diagnóstico precoce permitindo que a criança cresça e se desenvolva livre da doença. Para que isso aconteça a necessidade do atendimento odontológico nos primeiros anos de vida do bebê é de fundamental importância. Dessa forma a comunidade científica odontológica começou a questionar a idade até então estabelecida.

Há 40 anos atrás, Fass (1962) descrevendo as características clínicas da cárie de mamadeira, mesmo sem precisar uma idade ideal, recomendara exames precoces a serem realizados pelo dentista como procedimento padrão para que os efeitos da síndrome descrita fossem prevenidos. Sugeriu ainda que os pediatras fossem informados sobre os hábitos alimentares capazes de produzir a cárie de mamadeira.

Bernick (1971) também descrevendo a cárie de mamadeira e relatando a dificuldade no seu tratamento, preconizou o exame dentário e a higiene bucal aos 18 meses ao invés dos 3 anos de idade.

Os cuidados com a dentadura e os tecidos bucais devem ter lugar antes e depois da erupção dentária. Para Elvey e Hewie (1982) os pediatras deveriam recomendar a primeira visita ao dentista para os pacientes com idade entre 1 e 2 anos e meio. Além do exame e diagnóstico precoce dos problemas bucais, a primeira visita serve também para que a criança se ambienta ao consultório.

Shelton e Ferreti (1982) no mesmo ano, recomendaram que os pais levassem seus filhos para visitas precoces e regulares ao dentista como um dos princípios básicos da odontologia preventiva.

Croll (1984) apresentou um protocolo de atendimento para a primeira visita odontológica que, deve acontecer assim que irromper o primeiro dente decíduo. Nessa consulta os pais devem ser alertados para a ingestão freqüente de carboidratos e ensinados como realizar a higiene bucal dos bebês. Como dentistas é nossa responsabilidade educar os pais para prevenir as doenças bucais antes dos 3 anos, afirmou o autor. Aqueles pais que tiveram seus filhos com lesões de cárie não estão satisfeitos com a prática do mito dos 3 anos, meramente por tradição. O mito dos 3 anos continuará persistindo, enquanto os odontopediatras estiverem gastando tempo restaurando e extraíndo dentes decíduos. O autor é enfático e determinado ao afirmar que a tradição está errada e afetando severamente os bebês, as crianças, e os pré-escolares. Os profissionais envolvidos com os bebês devem incentivar que a primeira consulta odontológica aconteça rotineiramente antes dos 3 anos.

Segundo Goepferd (1986) a total prevenção da doença cárie dentária é o ponto extremo dos sonhos daqueles que se dedicam à saúde bucal das crianças. Os avanços científicos permitem que as crianças cresçam livres da doença e para que isso aconteça é necessário que o tratamento preventivo inicie no primeiro ano de vida. A saúde bucal das

crianças não pode ser negligenciada na infância ou antes dos 3 anos de idade. O autor sugeriu um programa de saúde bucal na infância e relacionou suas vantagens:

- a) interceptar e modificar hábitos deletérios de amamentação;
- b) auxiliar os pais no estabelecimento de uma alimentação favorável à saúde bucal;
- c) educar os pais para a higiene bucal apropriada aos seus filhos;
- d) determinar a fluorterapia;
- e) introduzir o dentista como um profissional prazeroso e pronto para ajudar;
- f) modificar a imagem do dentista.

Como profissionais da saúde, devemos promover os cuidados necessários para a criança nos primeiros anos de vida para que elas mantenham-se saudáveis. Estamos entrando numa era da odontologia, na qual podemos dar oportunidade às crianças crescerem livres da doença cárie dentária, ressaltou Goepferd.

Tsamtsouris; Stack; Padamsee (1986) realizaram uma pesquisa com 179 gestantes que foram atendidas regularmente para o pré-natal num Hospital em Boston, e constataram que 67,5% das mesmas achavam que a criança deveria ser levada à primeira consulta odontológica depois do irrompimento do primeiro dente na boca.

Goepferd (1987) preocupado com a saúde bucal na infância, descreveu o Programa de Saúde Bucal para Crianças instituído em outubro de 1984, na Universidade de Iowa, no Departamento de Odontopediatria, baseado na orientação aos pais e em cuidados básicos de saúde bucal. Durante 18 meses, 180 crianças com menos de 3 anos de idade, foram atendidas pelo Programa que fundamentou-se nos seguintes argumentos para a sua implantação:

- a) a cárie de mamadeira ocorre em crianças muito jovens;
- b) os hábitos básicos são instituídos nos primeiros anos de vida;
- c) a falta de benefícios públicos de prevenção;

- d) os benefícios da saúde bucal precoce;
- e) a manutenção de crianças livres de cárie por meio de medidas preventivas;
- f) o caráter infeccioso da doença através da transmissão de bactérias cariogênicas dos pais para os filhos.

Com o Programa foram demonstradas a necessidade e a viabilidade de uma intervenção precoce por meio da educação paterna introduzindo os cuidados básicos de saúde bucal. O autor recomendou que a primeira visita odontológica aconteça entre 6 e 12 meses de idade da criança. Salientou que a responsabilidade de fornecer serviços de prevenção precoce é do dentista e dos pais de exigirem esses serviços para seus filhos.

Herrmann e Roberts (1987) enfatizaram a importância do papel do médico pediatra em promover a saúde bucal das crianças, porque muitas delas visitam o pediatra rotineiramente após o nascimento, mas não vêm o dentista antes dos 3 anos de idade.

Croll (1988) novamente enfático e determinado, lembrou que desde 1940 a idade recomendada para a primeira consulta odontológica é 3 anos, isso porque nessa época a criança apresenta uma boa colaboração para o exame e tratamento necessários. Entretanto, a severidade das lesões de cárie na infância é muito alta, havendo sim a necessidade do exame dentário precoce. Considerou indefensável para os dentistas justificar a presença da cárie de mamadeira por meio de um mito ou tradição que é a visita dos 3 anos. “Como eu poderia saber sobre a doença cárie no meu filho se o meu dentista recomendou a visita odontológica aos 3 anos de idade”, essa é a pergunta que as mães costumam fazer aos profissionais quando trazem seus filhos com cárie de mamadeira para serem tratados. Como responder a elas? Nenhum pai sente-se confortável quando escuta que os índices de cárie estão caindo enquanto seu filho está acometido pela doença. Assim a AAPD, passou a recomendar a partir de 1986 que a primeira visita odontológica ocorresse logo após o irrompimento do primeiro dente decíduo ou ao longo dos primeiros 12 meses de vida. Os pais são ávidos por informações sobre saúde bucal e apreciam as visitas precoces ao dentista.

Paiva; Bezerra; Toledo (1990) avaliaram a dieta e as recomendações dadas pelos pediatras às mães dos pequenos pacientes em relação à prevenção e saúde bucal. O estudo foi realizado com 57 médicos em Brasília-DF. No que diz respeito a primeira visita ao dentista, 31,6% dos pediatras consideraram 1 ano e meio a melhor época. A maioria deles (43,9%) aconselharam essa visita entre 2 e meio e 3 anos de idade, concluíram que a colaboração entre pediatras e odontopediatras tem que ser aumentada com o objetivo de fornecer um serviço melhor aos pacientes.

Tsamtsouris e Gravis (1990) realizaram um trabalho com 1035 Médicos Pediatras de Massachusetts e verificaram que 15% acreditam que a criança só deve ir ao consultório odontológico na existência de algum problema, 32% encaminham seus pacientes para o cirurgião-dentista até os 12 meses de idade e 15,3% até os 36 meses. Concluíram que apesar dos médicos estarem mal informados sobre a saúde bucal, manifestaram vontade de adquirir conhecimentos sobre o assunto para atender melhor seus pacientes.

No Japão a partir de 1977, os profissionais das áreas médica e odontológica instituíram em nível nacional o “Exame de 1 ano e 6 meses”, que foi incorporado ao programa de prevenção do Ministério da Saúde daquele país. Entre outros objetivos, esse exame visava orientar quanto à prevenção da cárie dentária. Pesquisadores (KOMORI et al., 1991) sugeriram que esse programa fosse aproveitado também em outros países, pois por meio de orientações de higiene e nutrição básicas a redução nos índices de cárie dentária poderá ser alcançada.

De acordo com Johnsen (1991) a recomendação da AAPD é que todas as crianças devem receber instruções sobre a saúde bucal, bem como um exame odontológico a partir do primeiro ano.

Seguindo essa recomendação, Griffen e Goepferd (1991) escreveram à classe médica buscando esclarecer as medidas necessárias para a prevenção da cárie dentária na infância, prevenção que inicia desde o nascimento pois a doença pode se manifestar aos 6 meses de

idade ou assim que irromper o primeiro dente. Usando as medidas preventivas corretas e técnicas disponíveis, bocas livres de cárie e doença periodontal são metas alcançáveis para as crianças. Os autores comentaram que apesar da recomendação da AAPD, muitas crianças ainda não visitam o dentista antes dos 3 anos de idade.

As primeiras visitas odontológicas devem fornecer uma introdução agradável, livre da ansiedade dos pais e fornecer um programa de prevenção que possa ser seguido pelos responsáveis e pela criança. Essa consulta deve acontecer antes do irrompimento dos primeiros dentes decíduos. Fonseca; Sant'Anna; Suga (1992) ressaltaram a importância da motivação e esclarecimentos aos pais e pediatras com o objetivo de promover um entendimento da etiologia da doença cárie dentária, e conseqüentemente, a manutenção de uma dentadura saudável.

Velasco et al. (1993) reforçaram que a primeira visita ao odontopediatra deva acontecer por volta dos 6 meses de idade, com o irrompimento dos primeiros dentes decíduos para prevenir as doenças da boca e incentivar o contato com o odontopediatra.

De acordo com Medeiros (1993) a Odontologia pouco privilegia a prevenção das doenças bucais. Os métodos preventivos acabam sendo utilizados quando a doença cárie dentária já está instalada, comprometendo seriamente as duas dentições. Os programas preventivos se direcionam à população a partir dos 6 anos de idade, deixando para planos secundários a saúde do bebê e da gestante. As características culturais da população que acredita não ser necessário o acompanhamento odontológico até que a dentição decídua esteja completa ou até que a doença já esteja instalada, com graves conseqüências, causando dor e desconforto, dificultando o atendimento odontológico nos primeiros anos de vida. Ainda dentro do aspecto cultural, salientou a valorização que o brasileiro imprime ao sabor doce dos alimentos, sendo quase impossível modificar o comportamento alimentar dos adultos que se acostumaram ao sabor doce desde a infância. Dessa forma, sugeriu que o profissional deva introduzir cuidados odontológicos ainda no período da gestação, favorecendo um ambiente



saudável em família e que os cuidados preventivos clínicos devam ser praticados como cumprimento da sua responsabilidade pela saúde bucal do paciente bebê. Além disso, apesar que no período de gestação os pais estarem mais receptivos à informação do que em qualquer outro em suas vidas, é necessário uma concentração de esforços para a sua motivação.

Com o objetivo de informar e orientar os pediatras sobre os aspectos fundamentais da cárie dentária e doença periodontal, Modesto e Vieira (1994) escreveram um artigo sobre as doenças bucais, cárie e periodontite, suas etiologias, o papel da dieta, dos microorganismos e dos fluoretos, higiene bucal apropriada para cada faixa etária e, principalmente, recomendaram que a primeira visita ao odontopediatra seja realizada durante a erupção dos primeiros dentes decíduos, por volta do sexto mês de vida.

Bönecker; Guedes-Pinto; Duarte (1995) relataram sobre o atendimento odontológico para crianças com idade inferior a 30 meses de idade, desenvolvido pelo Curso de Especialização em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Santo Amaro (OSEC) como parte da clínica de odontopediatria, executando-se trabalhos preventivos e curativos. Os autores discorreram sobre aspectos comportamentais, exame físico, plano de tratamento e sua execução e possibilidades para o tratamento odontológico. Baseados nas experiências vividas durante 2 anos, concluíram que a primeira visita da criança ao dentista ocorra antes dos 12 meses de idade, para que os pais recebam orientações no sentido de prevenir as doenças da boca, quanto aos aspectos comportamentais na faixa etária analisada podem ser contornados com técnicas alternativas.

O Professor Luiz Reinaldo de Figueiredo Walter, pioneiro no atendimento odontológico aos bebês no Brasil e com experiência inegável, preconizou o início da atenção ainda no primeiro ano de vida, por volta dos 6 meses de vida coincidindo com o irrompimento dos primeiros dentes (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996).

Palmini; Assumpção; Figueiredo (1996) realizaram um estudo com 100 pediatras na cidade de Porto Alegre-RS sobre métodos vigentes e eficazes para prevenir a doença cárie

dentária. Constataram que 74,5% dos médicos recomendam a primeira visita ao odontopediatra entre 0 e 3 anos.

Na busca de melhores condições de saúde bucal para a população brasileira, existe a necessidade do atendimento precoce com uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional. Baseados nessa necessidade urgente, Esteves; Nakama; Saliba (1996) buscaram conhecer o perfil dos pediatras das cidades de Londrina e Araçatuba, enviando às Associações Médicas 77 e 18 questionários, respectivamente. Os resultados mostraram que 83,3% dos pediatras de Londrina e 86,6% de Araçatuba encaminham as crianças ao odontopediatra. Em Londrina, 100% o fazem antes que elas completem 1 ano de idade, e em Araçatuba, 42,8%.

Mais de 10 anos após a sua recomendação para que a primeira visita odontológica ocorresse no primeiro ano de vida, a AAPD (AAPD) entrevistou 913 de seus membros a respeito da saúde bucal dos bebês, com atenção especial para o atendimento odontológico durante o primeiro ano de vida. Setenta e dois por cento dos pesquisados concordam com a AAPD no que diz respeito a primeira visita odontológica ocorrer por volta dos 6 primeiros meses e nunca após os 12, entretanto, apenas 46% executam essa prática. Em torno de 20% responderam que não examinam os bebês, justificando existirem condições e não idade para o exame e que os pais não valorizam o procedimento. Várias sugestões foram dadas quando a AAPD perguntou como viabilizar esse serviço aos pacientes. As mais comuns foram: educar os pediatras a respeito dos cuidados primários e sobre a importância dos exames bucais precoces, oferecer protocolos ou guias para a incorporação na prática clínica diária dos exames em bebês, preparar livros ou materiais educativos dirigidos aos pais e organizar eventos públicos mostrando a importância do atendimento precoce. Deve ficar claro que prevenindo as lesões de cárie na infância estaremos também reduzindo significativamente os tratamentos restauradores para as crianças, reafirmaram Erickson e Thomas (1997).

Thomas (1997) reforçou a orientação da AAPD e da American Dental Association (ADA) que recomendaram que a primeira visita odontológica seja realizada durante o

primeiro ano de vida, nunca depois dos 12 meses de idade. Para tal o autor recomendou um protocolo de atendimento que deve incluir:

- a) a história médica e odontológica do paciente;
- b) exame completo extra e intrabucal;
- c) determinação do risco à doença do paciente;
- d) dieta e nutrição;
- e) fluoroterapia;
- f) higiene bucal;
- g) prevenção de hábitos de sucção deletérios;
- h) prevenção de traumatismos.

Segundo Thomas (1997) não é apropriado esperar até os 3 anos para realizar a primeira visita odontológica da criança pois nessa idade muitas já adquiriram a doença e necessitam de tratamentos extensos e de alto custo. Ambas, a ADA e a AAPD, recomendaram que a primeira visita aconteça no primeiro ano de vida. Esta visita não é um tratamento, pois poucas crianças nessa idade irão necessitar de tratamento. Entretanto se o risco à doença estiver presente, serão necessários programas preventivos individuais e orientações aos pais para estabilizar a doença e garantir um futuro saudável à criança. O exame bucal do bebê não é de domínio exclusivo do odontopediatra e sim de todos aqueles envolvidos com a saúde infantil. Duas barreiras existem para o exame bucal do bebê quando realizado por outros profissionais: uma diz respeito a necessidade de cuidados específicos que o paciente requer sendo indispensável o seu encaminhamento para o odontopediatra. A outra está relacionada com o mecanismo de reembolso dessa primeira visita. E para as crianças que derivam de condições sócio-econômicas desfavoráveis, nas quais a doença é um risco eminente, são necessários programas governamentais que garantam o atendimento e as consultas subsequentes com intervalos de 6 meses. Segundo o autor, se estamos empenhados em tratar

as doenças da boca devemos iniciar o mais cedo possível e garantir às crianças a oportunidade de viverem livres da cárie dentária por toda a vida.

Procurando mostrar a importância do contato clínico com bebês para a prática clínica futura, em 1994, a University of Michigan School of Dentistry introduziu no currículo dos alunos de Odontologia uma clínica de prevenção para o paciente jovem com o objetivo de diagnosticar e tratar os bebês com a doença cárie dentária. Wandera; Feigal; Green (1998) compararam por meio de questionários, alunos que não tiveram esse conteúdo com aqueles que tiveram. Dois grupos foram criados, antes e depois da clínica de prevenção. Os alunos que tiveram o conteúdo se mostraram mais bem preparados para atender crianças de 0 a 36 meses do que os demais que não tiveram o treinamento, e além disso estão de acordo com o atendimento precoce durante o primeiro ano de vida preconizado pela AAPD.

Em um levantamento epidemiológico com 250 crianças de 0 a 30 meses de idade, de ambos os sexos, realizado na cidade de Recife – PE, a cárie dentária foi a patologia mais prevalente (24%). Baseados nesse levantamento, Montandon; Alves; Menezes (1998) salientaram a importância fundamental do atendimento infantil precoce, já que a maioria das lesões encontradas na faixa etária de 6 a 12 meses foram de lesões do tipo mancha branca, ou seja, reversíveis.

Avaliando as atitudes dos Médicos Pediatras em relação à saúde bucal frente às crianças de 0 a 3 anos, Godoy; Rabelo; Vasconcelos (1999) encontraram entre os 100 profissionais consultados que 65% encaminharam seus pacientes ao cirurgião-dentista, sendo a presença da doença cárie dentária o motivo principal dos encaminhamentos (61%).

Buscando a idade ideal para a primeira consulta odontológica, Ferreira; Kramer; Longoni (1999) pesquisaram entre os cirurgiões dentistas da cidade de Canoas-RS qual a postura e quais as orientações desses profissionais. Concluíram que 40% dos cirurgiões dentistas indicam a primeira consulta até os 12 meses de idade, 20% preconizaram ainda durante a fase pré-natal e 40%, somente entre 2 e 4 anos.

Cavalcanti; Albuquerque; Santana (1999) ao questionarem Médicos Pediatras das cidades de João Pessoa e Campina Grande sobre a idade ideal para a primeira consulta odontológica, encontraram divergências de opiniões sobre o assunto. Observaram que apenas 35% dos pediatras recomendam a primeira consulta até os 12 meses de idade.

Avaliando o nível de conhecimentos e atitudes dos Médicos Pediatras da cidade do Rio de Janeiro Ribeiro; Modesto; Ribeiro (1999) constataram a partir dos 40 questionários respondidos que a época para a primeira consulta deveria ocorrer ao longo do primeiro ano de vida (84,2%) e que o motivo principal dessa consulta seria a prevenção (54,5%).

No que diz respeito às recomendações para a primeira visita odontológica existe discordância entre a AAPD que recomenda a primeira visita por volta dos 6 meses, a Academy of General Dentistry que recomenda entre 18 e 24 meses e a AAP que a recomenda por volta dos 3 anos de idade ou quando existir algum problema. Em virtude disso Stewart et al. (1999) resolveram pesquisar se existe concordância com a AAPD. Em junho de 1994, na cidade de Delaware, em torno de 1000 questionários foram enviados aos cuidadores de crianças com idade entre 6 e 36 meses, obtendo um retorno de 495. Observaram que apenas 12% das crianças com idade igual ou maior que 12 meses já tinham visitado o dentista. A falta de uniformização na recomendação sobre a idade ideal para a primeira visita está obstruindo o uso dos serviços de saúde bucal, concluíram os autores.

Meneses (2001) buscando traçar o perfil do Médico Pediatra de Belo Horizonte-Brasil, entrevistou por meio de questionários 181 Médicos Pediatras. No que diz respeito à idade indicada para a primeira consulta odontológica, observou que 29,8% consideraram que essa consulta deveria ocorrer quando irromper o primeiro dente, e 38,1% ao longo dos primeiros 12 meses de vida, totalizando 67,9% a favor da atenção odontológica ao bebê.

Preocupados com a conscientização dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos Zuanon et al. (2001) avaliaram por meio de questionário a opinião de 305 pais com relação à idade ideal para a primeira consulta odontológica de seus filhos. A pesquisa foi realizada

durante a Campanha Nacional de Vacinação Infantil em um Posto de Saúde localizado na região central de Araraquara-SP. Os dados coletados revelaram que 42,2% dos entrevistados relataram que as crianças deveriam visitar o dentista antes dos 6 meses de idade, 28,5% e 22,9% citaram que essa visita deveria acontecer após 1 e 3 anos, respectivamente. Somente 5,2% dos entrevistados levariam seus filhos ao dentista pela primeira vez quando necessitassem de atendimento de emergência. Embora já exista algum conhecimento com relação ao atendimento do bebê, o cirurgião-dentista deve desempenhar papel educador e junto ao médico pediatra abordar a criança precocemente levando informações e programas preventivos efetivos para a promoção e manutenção da saúde bucal das crianças.

Em carta para o editor da Revista *Pediatric Dentistry* publicada em 2001, Berman (2001) manifestou seu desapontamento com alguns membros de sua Academia que não entendem segundo ele, os objetivos básicos aos quais todos os que trabalham com crianças deveriam ser dedicados. Esforços em lançar uma medicina pediátrica na tarefa de cuidar da saúde bucal das crianças tem fracassado. Saúde bucal não é somente cárie e gengivite, é prevenção, promoção e manutenção de saúde bucal, além do sentimento de segurança em ter um dentista que conhece e se preocupa com você e conhece a sua história. É claro que devemos encorajar e assistir outros profissionais de saúde no trabalho de promoção de todo o tipo de saúde e bem estar das crianças, entretanto somos nós o capitão do barco quando se trata de saúde bucal, não somos meros colocadores de dentes ou mecânicos da broca. Nós somos os especialistas que tem a responsabilidade em educar as crianças e os pais treinando-os e persuadindo-os para serem melhores pacientes e os pais mais conscientes. Eu adoraria ver as gestantes e os pais para que eles soubessem o quanto, é importante a prevenção precoce e quão crítica é a tarefa dos pais em definir o futuro dentário de seus filhos. Ver as crianças nos consultórios com um ano de idade não nos coloca na posição de tratar e sim de prevenir a doença e estabelecer uma relação simpática com a criança, numa época em que não há dor ou emergência. É muito mais difícil ter prazer na primeira consulta quando a criança chega com

dor e os pais angustiados e esgotados. Apesar do declínio da cárie dentária ainda temos crianças já aos 2 anos de idade com dor de dente, rosto inchado e incisivos perdidos,

*[...] e saber que se eu tivesse falado com os pais dessa criança 2 anos antes, poderia ter prevenido esta experiência. Quem está na melhor posição para realizar esse trabalho somos nós! A primeira visita odontológica da criança dá o tom da vida, é o melhor não somente pelo óbvio benefício que você obtém mas o mais importante é o impacto psicossocial nas crianças e em seus pais. Não vamos abdicar da nossa responsabilidade [...].*

Esse é o resumo das palavras de Marvin H. Berman.

#### **2.4 O papel do pediatra na saúde bucal infantil e sua relação com a odontopediatria**

Muitos são os profissionais da área de saúde envolvidos com o atendimento na infância. Entretanto, sem dúvida, é o médico pediatra o primeiro a ter e manter contato com a criança desde o nascimento. Sua posição ímpar lhe confere muitas tarefas e responsabilidades: orientar, instruir, responder, instituir, encaminhar e informar aos pais sobre hábitos, atitudes e condutas para uma vida saudável.

O papel do Pediatra vem sofrendo modificações com o intuito de promover a saúde bucal que não pode ser dissociada da geral. O respeito e a confiança que os pais depositam nos pediatras constróem um panorama favorável a essa prática. Seguindo esse raciocínio, os pesquisadores durante as décadas de 70 a 80 preocuparam-se em orientar a classe médica sobre a saúde bucal na infância.

Bernick (1971) ao descrever as características clínicas e a etiologia da cárie de mamadeira sugeriu que o pediatra incluísse na rotina de suas consultas perguntas aos responsáveis sobre o uso da mamadeira com o objetivo de diagnosticar precocemente um dos fatores etiológicos mais importantes da doença nos primeiros anos de vida.

Ripa (1974) há 20 anos atrás escrevia em revistas científicas e especializadas para a área médica com o objetivo de orientar os pediatras sobre a cárie de mamadeira, suas características clínicas, fatores etiológicos, tratamento e principalmente, medidas preventivas para que fosse evitada. Na opinião desse autor, o pediatra ocupa uma posição ímpar na contribuição para a saúde bucal dos bebês devido ao fato que as crianças freqüentam seus consultórios desde o nascimento e porque as mães estão habituadas a ouvir, aceitar suas recomendações; sua posição é marcante e presente na vida das crianças desde o nascimento. O Pediatra pode antecipadamente detectar os problemas dentários e encaminhar ao tratamento adequado.

Um programa nacional para informar pediatras sobre seu papel na prevenção da cárie dentária foi desenvolvido em 1979 pela Universidade Estadual de Wayne – Escola de Medicina em Detroit. O objetivo foi o de educar e motivar os médicos que cuidavam de crianças para a prescrição de flúor na infância, com intuito de prevenir a doença cárie dentária. O instrumento utilizado para informar e sensibilizar os profissionais foi um audiocassete enviado aos médicos pela Escola de Medicina de Detroit (PROGRAM TO INFORM..., 1979).

Elvey e Hewie (1982) recomendaram mais conferências sobre Odontologia nas escolas de medicina, um maior tempo destinado a estágios, rodízios, ou ambos, em clínicas odontológicas durante a residência, conferências intra e interprofissionais, mais informações disponíveis sobre Odontologia para os pediatras e a incorporação dos dentistas como parte da equipe de saúde.

Os problemas de origem dental geralmente não resultam em mortalidade ou em séria morbidade física, por isso muitos pediatras costumam subestimar as doenças bucais na infância segundo Miller e Rosenstein (1982). Os autores realizaram uma revisão sobre a cárie dentária, doença periodontal, traumatismos e má-oclusão, chamando a atenção dos pediatras e informando sobre esses assuntos de ordem odontológica.



Shelton e Ferreti (1982) chamaram a atenção dos médicos para a tarefa de conscientização dos pais sobre a responsabilidade paterna em preservar a saúde da criança, isto é, enfatizar a importância da prevenção. Os autores relataram à comunidade médica os principais fatores e meios para a manutenção da saúde bucal e prevenção das doenças bucais: medidas de higiene bucal por meio da escovação, uso de fio dental, bochechos, cremes dentais e fluoroterapia. Informaram ainda sobre cárie de mamadeira, associação entre dieta e cárie dental, programas preventivos, selantes de fôssulas e fissuras, procedimentos restauradores e apontaram os princípios da Odontologia preventiva:

- a) assegurar suficiente ingestão de flúor;
- b) desestimular alimentação com mamadeira após 1 ano de idade;
- c) iniciar hábitos de higiene bucal logo após o irrompimento do primeiro dente;
- d) incentivar uma boa alimentação;
- e) restringir o consumo de carboidratos entre as refeições;
- f) aconselhar visitas precoces e regulares ao dentista;
- g) informar sobre traumatismo buco-dentário;
- h) elogiar e estimular a participação dos pais nas práticas preventivas.

Gift, Milton; Walsh (1984) desenvolveram uma pesquisa sobre medidas preventivas em saúde bucal, com uma amostra de 2000 médicos que atendiam crianças nos Estados Unidos. Observaram na época que os médicos prescreveram suplementos de flúor, aconselharam a alimentação infantil e promoveram a educação para a higiene bucal. Segundo os autores, as crianças estarão melhor servidas no que diz respeito às medidas preventivas à cárie dentária se os médicos forem constantemente informados sobre as medidas eficazes para tal e interessarem-se em aplicá-las.

Crall (1986) recomendou que as medidas de prevenção às doenças bucais sejam repassadas à população não só pelos profissionais da área odontológica, mas também por

todos aqueles envolvidos nos cuidados primários de saúde das crianças. A responsabilidade da prevenção às doenças bucais deve ser dividida por todos os profissionais que atendem as crianças. Como elas geralmente visitam o pediatra antes do odontopediatra, esse profissional ocupa uma posição que permite a educação dos pais sobre saúde bucal antes que as doenças ocorram. O reconhecimento dessa responsabilidade por parte de cada profissional de saúde podem promover a saúde bucal das crianças e dos adolescentes.

Para Lane e Sellen (1986) o serviço de enfermagem também tem a sua responsabilidade na prevenção das doenças bucais e escreveram um artigo dirigido à enfermagem com o objetivo de informar e orientar o diagnóstico da cárie de mamadeira. Em muitas áreas nos Estados Unidos a enfermeira é a única pessoa que pode promover o bem estar da população. O Serviço Público de Saúde de Enfermagem assume um papel importante na prevenção das doenças bucais. Ele pode, efetivamente, detectar as lesões de cárie, ensinar sobre a alimentação adequada e os cuidados para uma boa higiene bucal, e indicar a necessidade de uma consulta odontológica para as crianças.

Ainda com o objetivo de promover a saúde bucal, Herrmann e Roberts(1987) instruem o público médico sobre a prevenção das doenças bucais por meio da fluoroterapia, controle de placa bacteriana, orientações sobre a alimentação, os hábitos de sucção digital e a cárie de mamadeira. Os autores enfatizaram também a necessidade do encaminhamento ao cirurgião-dentista, pois este é o profissional mais bem treinado e qualificado para realizar o atendimento odontológico.

Para Marcondes (1988) a consulta pediátrica deve servir além da prescrição às orientações específicas como o uso da chupeta, retirada da alimentação noturna e a higiene bucal.

A partir da década de 90, observa-se que a comunidade científica desvia o foco da atenção principal ao pediatra como o agente responsável pela transmissão de conhecimentos

sobre saúde bucal, para discutir a sua relação com a odontopediatria e a avaliação de seus conhecimentos haja vista a falta desses conteúdos durante a sua formação.

Buscando investigar as atitudes médicas para a promoção de saúde, Tapper-Jones et al. (1990) entrevistaram por meio de questionários 106 médicos na Grã Bretanha. Observaram um alto nível de motivação entre os profissionais favoráveis a educação em saúde para seus pacientes, embora apresentassem dificuldades para a transmissão de informações. Noventa e cinco por cento concordaram que a educação dos pacientes é importante, entretanto 92% encontraram dificuldades práticas devido a pouca comunicação entre médico e paciente. Setenta e seis por cento apontaram a falta de tempo dos médicos como uma barreira para informar seus pacientes. O impacto da educação em saúde é grande e não pode ser separada dos outros cuidados de saúde.

Crespin (1990) descreveu as tarefas e funções do pediatra como: diagnosticar e tratar as doenças da infância, orientar a higiene infantil, prevenir os acidentes e doenças, estabelecer o protocolo alimentar de acordo com a faixa etária e necessidades individuais, educar as mães, orientar a educação da criança, prevenir distúrbios emocionais e de conduta. Confere-lhe uma tarefa social e legal de proteção à criança. Quanto ao relacionamento médico-mãe deve ser perfeito e se assim o for, a mãe irá confiar no médico, respeitar suas decisões e acatar suas recomendações.

Nos Estados Unidos, Tsamtsouris e Gravis (1990) distribuíram 1797 questionários aos Médicos Pediatras sobre a sua prática odontológica. Os resultados demonstraram que 98,9% dos pediatras não estavam bem informados sobre os cuidados odontológicos básicos, entretanto expressaram interesse em adquirir informações sobre o assunto. Tal conteúdo deveria ser administrado em programas de educação continuada, reuniões clínicas ou durante a residência pediátrica.

De acordo com Abrams e Josell (1991) a posição do pediatra é díspar e fundamental, pois eles podem acompanhar a saúde e o desenvolvimento da criança do nascimento até a

adolescência. Segundo os autores, os residentes não recebem treinamento adequado em Odontologia. Na tentativa de suprir essa lacuna recomendaram que o médico siga com educação continuada em palestras, cursos, grupos de estudo e participando ativamente em clínicas de Odontologia. Com um cabedal de conhecimentos mais adequados sobre as doenças que freqüentemente ocorrem na cavidade bucal, certamente poderiam contribuir mais e melhor para a saúde bucal de seus pacientes.

Cooley e Sanders(1991) discutiram sobre as doenças bucais em crianças com doenças sistêmicas como: cardiopatias, diabetes mellitus, desordens da tireóide, doenças respiratórias, neoplasias, entre outras. Para os autores a manutenção de uma boa saúde bucal é muito importante e contribui positivamente para o sucesso dos procedimentos médicos. Ressaltaram ainda a importância da interação médico pediatra e odontopediatra no tratamento dessas crianças. Quando pediatra e odontopediatra trabalham de comum acordo podem oferecer uma melhor qualidade de vida e futuro melhor e mais saudável às crianças.

Johnsen (1991) afirmou que o pediatra pode desenvolver um papel essencial na saúde bucal das crianças devido a dois aspectos. Primeiro, as crianças geralmente visitam o pediatra antes do dentista, e segundo porque existe o respeito e influência dele sobre os pais. O médico pediatra deve reforçar a importância da saúde bucal como parte da saúde geral e como prioridade.

As autoras Rosenberg e Nico (1992) psicóloga e fonoaudióloga, respectivamente, esclareceram que todos os profissionais que trabalham com crianças devem ter mais contato com o pediatra, para troca de informações e experiências, entretanto isso pouco acontece. Raramente um pediatra assiste palestras de outros profissionais (psicologia e fonoaudiologia) e encaminha crianças.

Em Chicago, Schulte; Druyan; Hagen (1992) entrevistaram 298 pediatras sobre o conhecimento e os caminhos para o controle da cárie dentária na infância, mediante um questionário. Noventa e cinco por cento dos entrevistados responderam que examinam os

dentistas de seus pacientes, e 85% consideraram que o exame bucal é de sua responsabilidade nas crianças com menos de 3 anos de idade. A maioria (96%) encaminha ao dentista quando encontra lesão de cárie e realiza o diagnóstico baseado na experiência própria (46%). Para os autores a incidência da cárie de mamadeira pode ser diminuída se houver esforços conjuntos de pediatras e odontopediatras.

As crianças e seus pais geralmente visitam precocemente o médico pediatra e não o cirurgião-dentista, a não ser que apresente algum sinal clínico de cárie dentária ou traumatismo. O médico pode desempenhar um papel fundamental no encaminhamento ao odontopediatra e na promoção da saúde bucal. Com essa premissa Los Santos; Torriani; Bonow (1994) realizaram um estudo com os pediatras da cidade de Pelotas-RS, procurando conhecer suas condutas frente à saúde bucal das crianças. Dos 50 questionários enviados, 26 foram devolvidos e constataram que há necessidade de maior conhecimento por parte desses profissionais a respeito de medidas preventivas que visem a manutenção da saúde bucal.

Com o objetivo de definir o papel do pediatra na promoção de saúde bucal do bebê, em Feira de Santana-Bahia, Scavuzzi et al. (1994-1995) entrevistaram 30 pediatras, por meio de questionário. A entrevista abordou questões relativas ao uso da mamadeira, tipo de alimento usado na mamadeira, horários das mamadeiras, uso da sacarose, prescrição de cálcio, uso de fluoretos, exames dentários, higiene bucal do bebê, transmissibilidade da cárie dentária, orientações quanto a busca da atenção odontológica e contato profissional pediatra/odontopediatra. Os autores concluíram que a maioria dos pediatras não recomenda o uso da mamadeira nem o da sacarose, orientam as mães quanto a higiene bucal e examinam a cavidade bucal de seus pacientes. Desconhecem o caráter transmissível da doença cárie dentária, promovem pouca interação com o odontopediatra e ainda não tem consciência da sua importância em promover saúde bucal, orientando seus pacientes a procurarem o dentista o mais cedo possível.

Procurando investigar o conhecimento de pediatras sobre saúde bucal, Santos e Rodrigues (1995) entrevistaram 48 profissionais na cidade de São Paulo. A pesquisa mostrou que as orientações sobre medidas preventivas para a saúde bucal não fazem parte da rotina da maioria dos médicos. Dessa forma é necessário uma maior integração entre pediatras e odontopediatras com o objetivo de favorecer o crescimento das crianças em boas condições de saúde bucal e geral, além de estimular os responsáveis a adquirir hábitos saudáveis de higiene e alimentação, e incentivá-los a levar o bebê ao dentista.

Madeira; Oliveira; Paiva (1996) realizaram uma pesquisa com 56 pediatras da cidade de Belo Horizonte-MG sobre sua prática clínica no que diz respeito a questões de saúde bucal. Verificaram que a maioria dos médicos (76,8%) recomendou o uso exclusivo do leite materno até os 6 meses de idade. A mamadeira noturna foi indicada por 44,6% dos médicos até os 3 meses de idade. Grande parte dos profissionais (87,5%) realiza o exame da cavidade bucal das crianças e 71,9% orienta quanto à limpeza dentária. Uma maior união entre pediatras e odontopediatras, fundamental para a troca de idéias e aquisição de novos conhecimentos almejando a manutenção e promoção da saúde infantil, foi a conclusão dos autores. Sugeriram congressos, palestras e simpósios como formas de melhorar a integração odontopediatria/pediatria na prática.

A conduta preventiva em relação à saúde bucal exercida pelos Médicos Pediatras foi avaliada por Schalka e Rodrigues (1996) utilizando questionário, na cidade de São José dos Campos-SP. O questionário apurou aspectos relativos a amamentação, dieta, higiene bucal, uso da chupeta e de fluoretos e encaminhamento ao odontopediatra. A frequência das orientações a respeito das medidas preventivas aos pacientes foi baixa. Os autores sugeriram a introdução de palestras e seminários sobre saúde bucal dentro da formação do médico pediatra, com o intuito de garantir que tais condutas façam parte da rotina diária do médico.

Ferferbaum (1996) abordou aspectos relevante no desenvolvimento infantil visando orientar o pediatra, e salientou que o pediatra além de detectar, cuidar e prevenir doenças

físicas, acompanhar e orientar as diversas fases do desenvolvimento da criança, é o profissional que reúne mais condições para atuar preventivamente. Ressaltou o forte vínculo que o profissional da área médica forma com a família conferindo-lhe uma valiosa possibilidade de contribuir para que o desenvolvimento infantil prossiga da melhor forma. Explicou ainda o desenvolvimento do forte vínculo mãe-filho nos primeiros anos de vida da criança e ressaltou que o pediatra e a família percorrem juntos um longo caminho e que o resultado dessa interação possibilita a prevenção de futuras dificuldades no desenvolvimento infantil.

A cárie dentária é uma doença fortemente ligada ou modulada ao comportamento familiar e pelo hábitos adquiridos durante os primeiros anos de vida. Os profissionais da área médica (ginecologistas e pediatras) exercem um forte papel na vida da família durante o período pré-natal e de puericultura. Normalmente o cirurgião-dentista não está em contato com as famílias nesses períodos, o que dificulta a transmissão de orientações e informações para a prevenção das doenças bucais. Faria; Oliveira; Pordeus (1997) entrevistaram 120 médicos (60 ginecologistas e 60 pediatras) com o objetivo de investigar as atitudes e conhecimentos desses profissionais sobre o desenvolvimento da cárie dentária e dos hábitos moduladores da doença. O conceito de inevitabilidade da doença cárie dentária ainda está presente entre os médicos, assim como a falta do controle da sacarose na dieta do bebê. Segundo os autores, os profissionais da área médica muito podem fazer em relação à prevenção da cárie dentária, pois são os primeiros profissionais a promover saúde. Da mesma forma, o odontopediatra deve estar consciente do seu papel na promoção de saúde, procurando fazer parte de equipes interdisciplinares por meio das quais pode-se melhorar substancialmente a qualidade de atendimento aos pacientes.

Os médicos ocupam uma posição única em relação aos cuidados primários de saúde para as crianças influenciando o estabelecimento de medidas preventivas em saúde bucal. Como é inexistente na literatura informações sobre educação em saúde bucal ministrada aos médicos durante a graduação, Sanches et al. (1997) entrevistaram por meio de questionário

472 profissionais na cidade de Alabama – USA (189 pediatras, 267 médicos da família e 16 de outras especialidades) sobre conhecimentos e atitudes em saúde bucal. A taxa de resposta foi de 46%. Os resultados mostraram que a maioria dos profissionais não recebeu nenhuma orientação sobre saúde bucal na graduação nem na residência. Aqueles que receberam alguma informação foi o equivalente a 2h ou menos. Os pediatras se mostraram os mais bem informados sobre as medidas preventivas em saúde bucal. Os autores sugeriram que os currículos de graduação e residência médica ofereçam espaços maiores para educar os médicos para a promoção de saúde bucal.

Apesar dos avanços preventivos da última década na cariologia, a primeira infância ainda passa por grande desafios para que a doença possa ser controlada. Dessa forma, é necessário a conscientização por parte dos pais ou responsáveis no que diz respeito à prevenção da doença cárie dentária. Levando-se em conta a precocidade do contato do médico pediatra com as crianças e respectivas famílias, bem como da oportunidade que lhes é dada para oferecer-lhes orientações educativas (modificadoras de hábitos indesejáveis) faz-se importante a integração desses profissionais com a odontopediatria. Assim Figueiredo; Palmira; Rodrigues (1997) resolveram averiguar o conhecimento e o posicionamento de Médicos Pediatras frente a alguns aspectos relacionados à doença cárie dentária. Oitenta e nove Médicos Pediatras responderam a um questionário com perguntas sobre a doença cárie dentária. Entre os resultados encontrados observaram que 70% não reconhecem a transmissibilidade da doença e 74,5% recomendam a primeira visita odontológica na faixa etária de 0 a 3 anos. A importância da interação pediatra-odontopediatra é extremamente relevante dentro do atendimento integral à criança. Observando-se as estatísticas da doença cárie dentária na infância concluíram que os pediatras não enfatizaram a importância da prevenção precoce das doenças bucais e que a falta de integração entre pediatra e odontopediatra é uma realidade marcante.

A Odontologia e a medicina precisam deixar de ser profissões solitárias e tornarem-se solidárias para que as crianças tenham maiores chances de se desenvolverem em boas



condições de saúde geral e bucal. Um questionário envolvendo questões sobre transmissibilidade da doença cárie dentária, hábitos bucais, alimentação, fluoroterapia, higiene bucal, dentadura decídua e idade ideal para a primeira consulta odontológica, foi distribuído a 150 profissionais (50 pediatras, 50 odontopediatras, 50 dentistas clínicos gerais) da cidade de São Paulo pelos pesquisadores Fujimoto; Basso; Chelotti (1997). Dentre os profissionais pesquisados, o odontopediatra é o mais bem informado sobre os aspectos pertinentes à dentição decídua, sendo de grande valia para os dentistas clínicos gerais e os pediatras entrem em contato com esse profissional a fim de esclarecerem suas dúvidas sobre os dentes decíduos ou encaminhar o paciente, garantindo-lhe o tratamento adequado. Concluíram os autores que existe necessidade de uma maior interação entre as áreas médica e odontológica por meio de palestras, conferências, aulas de Odontologia preventiva em cursos de graduação e residência médica, objetivando um melhor atendimento integral à criança.

Estudando o perfil do Médico Pediatra da cidade de São Paulo em função de seu conhecimento em promoção de saúde bucal, Schalka (1997) constatou um nível regular. Relacionando esse conhecimento a alguns dados pessoais, observou que os Médicos cujos conhecimentos estavam mais adequados foram os que haviam tido conteúdo sobre Odontologia, haviam terminado a residência há mais de 5 anos e tinham noção que seu conhecimento estava apropriado ao tema.

Para a psicanalista Seguí (1998) a consulta pediátrica é um momento privilegiado para a observação da relação mãe-bebê. Existe uma preocupação em buscar nas intervenções precoces a possibilidade de resgatar o desenvolvimento do bebê. Em casos de patologias graves, a hesitação nos encaminhamentos pode resultar em danos irreversíveis. A época do nascimento de um bebê é uma fase que ocasiona mudanças. Os pais se vêem envolvidos em tarefas que visam o crescimento e desenvolvimento dos filhos. Quando essa tarefa torna-se muito árdua os responsáveis buscam ajuda nos consultórios pediátricos. A existência de uma rede de apoio ao exercício da maternidade e paternidade é indispensável quando os pais se vêem desamparados diante do seu bebê.

Segundo a psicóloga Edelstein (1998) a maioria dos problemas do bebê de 0 a 3 anos é visto primeiramente pelo pediatra. Para que nenhum problema fosse negligenciado, o ideal seria que todos os profissionais que se ocupam de bebês trabalhassem em cooperação com um objetivo comum. O bebê humano para sobreviver no seu início de vida depende totalmente dos seus responsáveis, necessitando de cuidados especiais, alimentação, proteção, pois não tem capacidade e condições de obter por si próprio.

A educação médica continuada é importante tanto como estratégia de melhoria da qualidade de atenção à saúde da população como forma de valorização dos recursos humanos e motivação para o trabalho. Levando isso em consideração, pesquisadores (RICAS et al., 1999) resolveram identificar as dificuldades, motivações e as formas mais utilizadas para a Educação Médica Continuada (EMC) de pediatras do estado de Minas Gerais. O estudo foi realizado por meio de questionário, a amostra foi dividida em três diferentes áreas definidas por diferenças sociais, econômicas e culturais. Do total de 649 questionários enviados retornaram 397. A primeira parte do questionário referia-se a dados gerais da população estudada e a segunda focalizava as formas de educação médica continuada, dificuldades e as motivações para participação em atividades de educação médica continuada e os conceitos sobre os métodos de educação médica continuada disponíveis em nosso meio. As dificuldades relatadas para a participação médica em EMC foram a falta de tempo, fatores financeiros e compromissos profissionais. As principais motivações citadas foram: a aquisição de conhecimentos, o crescimento pessoal, o aumento da segurança e a resolubilidade no trabalho. A forma de EMC mais utilizada foi a leitura de livros e revistas. Os autores concluíram que existe a necessidade de implantação de um programa de educação permanente sistematizado. Esse programa deve ser idealizado em conjunto pelos profissionais a que se dirige e organizadores.

Com o intuito de investigar o nível de conhecimento dos Médicos Pediatras sobre saúde bucal da cidade do Rio de Janeiro, Ribeiro; Modesto; Ribeiro (1999) analisaram respostas referentes a 40 questionários. As questões abordaram conhecimentos sobre a doença

cárie dentária, época para a primeira consulta, higiene bucal, hábitos de alimentação e sucção e fluoroterapia. No que diz respeito à época para a primeira consulta 84,2% responderam que deveria ocorrer ao longo do primeiro ano de vida e que o motivo principal dessa consulta seria a prevenção (54,5%). Segundo os autores os programas de educação para a saúde bucal do bebê necessitam de uma atuação multidisciplinar abrangendo principalmente odontopediatras e pediatras. O pediatra é de grande relevância nesse contexto, visto que os pais levam seus filhos ao médico ao longo do primeiro ano de vida, o que não ocorre com o odontopediatra. Medidas de prevenção como a higiene bucal adequada e fluoroterapia são instituídas tardiamente, dificultando o processo educativo e a prevenção da doença cárie dentária. Os autores concluíram que os conhecimentos e atitudes dos pediatras dessa pesquisa são satisfatórios. Recomendaram que seja revista a postura permissiva de uma parte dos profissionais, no que diz respeito ao uso prolongado da mamadeira.

A integração entre a Odontologia e a medicina pediátrica é de fundamental importância para a promoção de saúde bucal. Pensando nisso, Silveira et al. (2000) resolveram comparar as condutas dos Médicos Pediatras da cidade do Rio de Janeiro com o conteúdo de livros de pediatria. O instrumento utilizado na pesquisa foi o questionário com perguntas abertas sobre as condutas em relação à saúde bucal. Os livros de pediatria avaliados foram os mais utilizados da Biblioteca de Medicina da Universidade Federal Fluminense e foram analisados quantitativamente no que diz respeito ao seu conteúdo odontológico em adequado, inadequado e incompleto. O exame da cavidade bucal foi realizado por 98% dos pediatras avaliados e 40% recomendam a amamentação noturna mesmo após a introdução da alimentação semi-sólida. Apesar de todos os entrevistados considerarem importante a integração entre a odontopediatria e pediatria, 42% destes acham conveniente somente quando existem pacientes em comum com problemas bucais. Dos livros analisados somente um (escrito por odontopediatra) menciona adequadamente os aspectos relevantes para a saúde bucal, os demais continham informações inadequadas ou incompletas. As condutas dos

pediatras refletiram as informações contidas nos livros de pediatria, as quais necessitam de revisão nos aspectos relacionados com a saúde bucal.

A saúde bucal da criança pode ser influenciada por membros da equipe de saúde, que podem precocemente estabelecer rotinas diárias, hábitos saudáveis, ou ambas, que ajudam a prevenir a cárie dentária. Com o objetivo de investigar o nível de conhecimento, atitudes e práticas em relação à saúde bucal dos pediatras da cidade de Goiânia, Freire; Macedo; Silva (2000) aplicaram um questionário a 96 médicos do serviço público. A grande maioria (94,8%) relatou ter informações sobre a doença cárie dentária, 88,5% examinam os dentes durante as consultas e orientam os pais. Entretanto, apenas 24% consideraram satisfatórios os conhecimentos sobre saúde bucal adquiridos. Quanto a visita ao odontopediatra, um número pouco expressivo (5,2%) indicou esse procedimento como meio de prevenção à doença. A pesquisa demonstrou que há interesse por parte dos Médicos Pediatras em atuar na educação em saúde bucal, sendo necessário para tal orientações sobre o papel da higiene bucal e alimentação na prevenção à cárie dentária, e uma abordagem multidisciplinar deve ser amplamente considerada.

Gonçalves e Knupp (2000) buscando avaliar o conhecimento sobre saúde bucal na primeira infância, distribuíram em hospitais, postos de saúde e clínicas privadas da cidade do Rio de Janeiro, 120 questionários com perguntas abertas para os pediatras. Os dados da pesquisa mostraram que o nível de conhecimentos dos pediatras é insatisfatório sobre os fatores relevantes para a prevenção e controle da doença cárie dentária, e sobretudo, para o sucesso dos programas de saúde bucal. É clara a necessidade de maiores informações aos pediatras para que se possa promover a saúde bucal na infância.

Procurando verificar como o médico pediatra está inserido no contexto de promoção de saúde bucal, Meneses (2001) analisou as fontes de informação sobre saúde bucal dos Médicos Pediatras nos cursos de graduação, residência médica e na educação continuada. Concluiu que o tema saúde bucal deve ser incluído e revisto nas diversas etapas de formação

profissional e abordado por odontopediatras nas diversas oportunidades. Os médicos de Belo Horizonte estão bastante receptivos a uma aproximação com a odontopediatria e dispostos a tornarem-se multiplicadores das informações básicas de saúde bucal.

Relacionando a saúde bucal na infância e a educação odontológica, Mouradian (2001) colocou que a falta dos cuidados odontológicos é um dos grandes problemas de saúde na infância. Aqueles que mais apresentam problemas na saúde bucal são aqueles oriundos de famílias pobres, sem cobertura pelos planos de saúde ou que necessitam de cuidados especiais. Esses fatores colocam em risco mais de 52% das crianças. A saúde bucal das crianças é de responsabilidade moral da área odontológica, de todos os demais profissionais que trabalham com a criança, da sociedade e dos pais. Necessita de profissionais treinados para o seu atendimentos e uma interdisciplinariedade com a medicina e outras áreas afins. Centros de atendimento odontológico são necessários para treinar profissionais para a saúde bucal na infância. A formação de lideranças nessa área é uma necessidade urgente.

## **2.5 Freqüência do atendimento odontológico nos primeiros anos de vida**

Poucos são os dados na literatura sobre a freqüência do atendimento odontológico nos primeiros anos de vida, entretanto, algumas informações sobre o assunto começaram a aparecer a partir da recomendação da AAPD para que a primeira visita odontológica ocorresse logo após o irrompimento do primeiro dente decíduo ou ao longo dos primeiros 12 meses de vida. Essa prática deveria vigorar fortemente na rotina dos profissionais envolvidos com o atendimento infantil, mas como a maioria deles não realiza este encaminhamento, a freqüência dos bebês no consultório odontológico tem sido muito baixa. É iminente uma

intervenção rápida e objetiva, junto aos profissionais da área da saúde com intuito de mudar essa prática visando a promoção de saúde bucal.

Ripa (1974) escrevendo à classe médica sobre a doença cárie dentária na infância relatou que 9 em cada 10 crianças americanas com menos de 6 anos de idade nunca haviam visitado o dentista e, quando acontecia, a visita não foi antes dos 3 anos. Ainda nos Estados Unidos, 50% das crianças com menos de 15 anos de idade nunca foi ao dentista.

Dilley; Dilley; Machien (1980) examinaram 75 crianças com cárie de mamadeira e constataram que a maioria dos pais (89%) levou a criança ao dentista porque as mesmas apresentavam cavidades de cárie e para 49% das crianças essa foi a primeira visita.

Cooley e Sanders (1991) nos Estados Unidos, encontraram que somente 14,3% das crianças menores de 5 anos tiveram consulta com cirurgião-dentista.

Silver (1992) em Bishop's Stortford, uma cidade situada na fronteira entre Hertfordshire e Essex, 40km ao norte de Londres, analisou ao longo de 8 anos de pesquisa, crianças com 3 anos de idade. Encontrou um aumento na frequência da primeira visita odontológica de 42%, em 1973, para 58%, em 1981, e 66%, em 1989.

Stewart et al. (1999) investigando se existia ou não uma concordância com a recomendação da AAPD sobre o atendimento odontológico durante o primeiro ano de vida enviaram 1000 questionários aos responsáveis por crianças com idade entre 6 e 36 meses, na cidade de Delaware – USA, obtendo um retorno de 495 questionários respondidos. Observaram que apenas 12 % das crianças com idade igual ou maior que 12 meses já tinham visitado o dentista, não havendo ainda uma rotina favorável a esses atendimentos.

Waldman e Perlman (1999) demonstraram o panorama da cárie na infância nos Estados Unidos, relatando que em 1996 apenas uma criança com menos de 6 anos de idade em cada cinco tinha visitado o dentista e que as crianças hispânicas e negras foram menos favorecidas em relação às brancas no que diz respeito à saúde bucal. A realidade, segundo os

autores, é que as atitudes, conhecimentos e experiências dos dentistas com os bebês é deficiente.

Barroso; Miasato; Graça (2000) usando como instrumento um questionário dirigido às mães avaliaram a frequência das visitas ao pediatra e ao odontopediatra durante o infância, de crianças que freqüentavam uma Unidade Básica de Saúde do Município de Niterói-RJ. Todas as mães entrevistadas levaram seus filhos ao pediatra durante o primeiro anos de vida, entretanto somente 55% tinham levado à consulta odontológica. A maioria das mães (82%) revelou estarem orientadas desde o pré-natal no que diz respeito à saúde geral. Em relação à saúde bucal somente 14% das entrevistadas tinha recebido orientações sobre a primeira consulta odontopediátrica. A pouca informação sobre a saúde bucal durante o pré-natal demonstra a necessidade de um profissional da odontologia na equipe de atendimento pré-natal.

### **3 PROPOSIÇÃO**

O objetivo desta pesquisa foi o de verificar a conduta dos pediatras e de mães sobre o atendimento odontológico precoce, no município de Florianópolis, Santa Catarina, para:

- a) verificar a frequência do atendimento odontológico das crianças na faixa etária de 0 a 3 anos de idade;
- b) indicar o motivo principal que leva as crianças (de 0 a 3 anos de idade) ao atendimento odontológico;
- c) comparar as condutas médicas e maternas sobre o atendimento odontológico precoce;
- d) constatar se os médicos encaminham as crianças na faixa etária estudada ao atendimento odontológico precoce.



## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho de estudo**

A entrevista ou informação fornecida pelos indivíduos é utilizada quando esses são os únicos que conhecem a informação que o pesquisador deseja e o seu direcionamento por meio de questionário é um dos métodos que podem ser empregados para que ocorra de maneira ordenada (CONTANDRIOPOULOS et al., 1994). Desta forma optou-se por utilizá-la com a finalidade de obter-se informações pessoais, de comportamento, hábitos e conduta. O questionário quando entregue e recolhido pelo pesquisador apresenta bons percentuais de retorno e possibilita ao entrevistado a liberdade de responder sem a presença do pesquisador (TAN; BURKE, 1997).

Os questionários foram construídos baseando-se na literatura existente sobre o assunto e acrescentando-se aspectos pertinentes à hipótese a ser investigada (frequência do atendimento odontológico na infância e condutas materna e médica sobre a prevenção de doenças bucais).

Todos os questionários foram acompanhados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3).

O estudo realizado foi transversal, descritivo, com eixo temporal contemporâneo.

#### 4.1.1 Questionário

Os questionários que serviram como instrumentos para a coleta de dados, foram direcionados aos médicos (Questionário 1) e às mães (Questionário 2), ambos contendo questões abertas e fechadas. Os questionários foram adaptados a partir daqueles aplicados por Paiva; Bezerra; Toledo (1990), Frisso; Bezerra; Toledo (1998), Hunter et al. (1998), Aguiar; Santos; Bönecker (1999) e Schalka (1997), envolvendo questões sobre saúde bucal, idade ideal para a primeira consulta odontológica e frequência da criança aos consultórios odontológicos nos primeiros anos de vida.

#### 4.1.2 Questionário 1 (médicos)

O questionário 1 (ANEXO 1 ) com 19 perguntas dirigido aos médicos foi composto da seguinte forma:

- a) perguntas 1 até 6 direcionadas para os dados pessoais, formação profissional, local de atuação e faixa etária atendida;
- b) perguntas 7 até 10 relativas a presença de conhecimentos sobre saúde bucal durante a formação profissional, opinião sobre o conhecimento adquirido e transmissão desses para as mães dos pacientes atendidos;
- c) perguntas 11 até 15 específicas sobre saúde bucal e exame clínico da cavidade bucal;
- d) perguntas 15 até 19 dedicadas ao encaminhamento das crianças ao dentista e à interação da pediatria com a odontopediatria (pergunta aberta).

#### 4.1.3 Questionário 2 (mães)

O questionário 2 (ANEXO 2) com 28 perguntas dirigido às mães foi composto da seguinte forma:

- a) perguntas 1 até 5 direcionadas para os dados pessoais da mãe (idade, instrução) número de filhos e idade da criança pesquisada;
- b) perguntas 6 até 12 relativas a frequência do atendimento médico e odontológico nos primeiros anos de vida;
- c) perguntas 13, 14, 15 sobre a recomendação médica para a primeira consulta odontológica (idade e periodicidade);
- d) perguntas 16 até 19 específicas sobre cariologia (etiologia, transmissibilidade e conseqüências clínicas);
- e) perguntas 20 até 24 dedicadas a amamentação e alimentação infantil nos primeiros anos de vida das crianças;
- f) perguntas 25 até 28 destinadas à higiene bucal das crianças.

#### **4.2 Autorização para a realização do estudo**

Inicialmente realizou-se reuniões com a Diretoria dos Hospitais Infantil Joana de Gusmão (HIJG) e Universitário (HU), com o intuito de apresentar a pesquisa, seus objetivos e viabilidade. Dentro dos Hospitais o projeto foi encaminhado aos seus respectivos Centros de Estudo e Pesquisa para apreciação e aprovação. A partir deste consentimento foram realizadas

reuniões com os Médicos responsáveis pelos ambulatórios com intuito de viabilizar, propriamente dita, a pesquisa. Com os consentimentos hospitalares, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

### **4.3 Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC**

Esse estudo foi submetido à avaliação e apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado sua realização (ANEXO 5).

### **4.4 Projeto piloto**

O projeto piloto foi desenvolvido com 6 médicos e com 10 mães no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário. As perguntas que suscitaram dúvidas e aquelas que falavam diretamente sobre alimentação com mamadeiras foram retiradas, para não incentivar o aleitamento artificial. Feitos os ajustes necessários, foi iniciada a pesquisa propriamente dita.

#### 4.5 Coleta de dados

Durante os meses de dezembro de 2001, fevereiro, março, abril, maio, junho, julho e agosto de 2002, procedeu-se a coleta de dados, realizada pela pesquisadora. Para a realização desta etapa a pesquisadora reuniu-se com os médicos responsáveis pelos ambulatórios pediátricos para apresentar e esclarecer objetivos e detalhes práticos da pesquisa. Por sugestão dos responsáveis pelos ambulatórios os questionários foram entregues aos médicos e recolhidos pela mesma. Os questionários foram acompanhados de carta explicativa pelos Hospitais e pela autora (ANEXO 4), além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3).

A pesquisa foi realizada utilizando-se questionário sendo respondido por escrito (entregue e recolhido) com os Médicos (questionário 1) e respondido por entrevista estruturada com as mães (questionário 2). As entrevistas com as mães foram realizadas nas salas de espera dos ambulatórios de Pediatria dos hospitais acima citados; os questionários com os Médicos foram entregues e recolhidos pelo Médico responsável pelo ambulatório do Hospital Universitário, Infantil Joana de Gusmão e repassados à autora. Todas as entrevistas e contatos foram realizados pela pesquisadora.

A amostra das mães foi realizada com reposição e ocorreu de acordo com a presença das mesmas nas salas de espera dos ambulatórios hospitalares para consultas de rotina, durante os meses de dezembro de 2001, fevereiro, março e abril de 2002; a dos Médicos de acordo com lista nominal fornecida pelos Hospitais.

Os questionários das mães foram respondidos por meio de entrevistas, realizadas pela pesquisadora, na sala de espera dos ambulatórios de pediatria dos Hospitais Infantil e Universitário, com reposição até atingir o número total da amostra (400) divididos igualmente entre as duas Instituições. O total de 400 mães foi adotado como margem de segurança

(5%). Todas as mães leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da entrevista.

#### 4.5.1 Critérios de elegibilidade

*Mães:* fizeram parte da amostra as mães que são atendidas normalmente nos ambulatórios de pediatria do Hospital Universitário e Infantil Joana de Gusmão seguindo os seguintes critérios de inclusão:

- a) mães de crianças com idade até 36 meses incompletos;
- b) mães de crianças que residissem em Florianópolis;
- c) mães que frequentassem os Hospitais Universitário, Infantil Joana de Gusmão, ou ambos.

*Médicos:* foram incluídos na pesquisa os médicos que realizam atendimento pediátrico nos ambulatórios dos Hospitais Universitário e Infantil Joana de Gusmão, obedecendo os seguintes critérios de inclusão:

- a) médicos que ocupam a primeira posição dentro da cadeia do atendimento médico infantil para as crianças com idade até 3 anos;
- b) dentro deste critério foram excluídos:
  - afastamento das atividades profissionais (licença, aposentadoria, );
  - profissionais com atendimento direcionado (cirurgias) ou que atendem por indicação específicas de outros profissionais, ou seja, não é o primeiro dentro da cadeia do atendimento médico infantil;
  - médicos que trabalham exclusivamente na emergência dos Hospitais ou em atividades administrativas;

- médicos que só atendem crianças com idade acima de 6 anos.

*Hospitais:* os Hospitais escolhidos para o desenvolvimento do estudo foram aqueles envolvidos com o atendimento pediátrico ambulatorial, com a formação dos médicos que atuam na área de pediatria além da sua caracterização gratuita e pública à população. Desta forma optou-se pelos Hospitais Universitário e Infantil Joana de Gusmão, ambos com residência médica em pediatria, atendimento às crianças na idade de 0 a 36 meses de idade e públicos.

#### 4.5.2 Determinação da amostra

A unidade de observação foi composta por pediatras do Hospital Infantil Joana de Gusmão e Hospital Universitário, e por mães das crianças nascidas entre 1999 e 2002 da cidade de Forianópolis, atendidas nesses Hospitais.

#### **Número das amostras**

- Número dos médicos = censo = 92 (fornecido pelo hospital)
- Número total das mães = 384. Calculado a partir da seguinte fórmula (LEVIN, 1987):

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{e^2} \Rightarrow n = \frac{1,96^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{0,05^2} = 384$$

onde: n = número da amostra

z = número de unidades de desvio padrão

p = proporção favorável à alternativa mais equilibrada

q = proporção não favorável à alternativa mais equilibrada

e = margem de erro especificada

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização da amostra dos médicos

Os questionários foram distribuídos para os médicos que atuam nos ambulatórios pediátricos dos Hospitais Universitário e Infantil Joana de Gusmão, totalizando 92 questionários. A taxa de resposta foi de 84,7%, isto é, 78 questionários respondidos.

A variação de idade da amostra dos médicos foi de 23 a 65 anos, sendo que a idade média foi 38, a mediana 40 e a moda 24 anos.

A composição da amostra foi equilibrada entre os sexos com 42,3% para o masculino e 57,7% para o feminino (TAB. 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra dos médicos segundo o sexo (Florianópolis, SC, 2002)

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	33	42,3
Feminino	45	57,7
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>



Na TAB. 2 encontra-se a distribuição da amostra dos médicos segundo a etapa de formação (residência pediátrica), sendo a maioria (62,8%) médicos pediatras e 37,2% de médicos residentes em pediatria.

Tabela 2 - Distribuição da amostra dos médicos segundo a residência em pediatria (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Residência pediátrica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Médicos residentes	29	37,2
Médicos pediatras	49	62,8
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Ainda no que diz respeito à residência em pediatria, 23,1% da amostra terminou a residência há mais de 20 anos, 15,4% entre 16 e 20 anos, 14,1% entre 11 e 15 anos, 9% entre 5 e 10 anos e 1,3% há menos de 5 anos (TAB. 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra dos médicos conforme o tempo de término da residência pediátrica (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Tempo de término da residência em anos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Está cursando	29	37,2
Até 5	1	1,3
5 a 10	7	9,0
11 a 15	11	14,1
16 a 20	12	15,4
Mais de 20	18	23,1
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Quanto aos locais de trabalho da amostra estudada, a maioria dos médicos trabalha em hospital público (35,9%); hospital público e consultório privado (28,2%) como demonstrado na TAB 4.

Tabela 4 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com o seus locais de atuação (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Locais de trabalho</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Consultório privado	1	1,3
<b>Hospital infantil público</b>	<b>28</b>	<b>35,9</b>
Hospital Universitário (HU)	4	5,1
<b>Consultório privado e hospital infantil público</b>	<b>22</b>	<b>28,2</b>
Consultório privado e HU	2	2,6
Hospital infantil e maternidade públicos junto com posto de saúde	5	6,4
Hospital infantil público e HU	7	9,0
Consultório e maternidade privados, hospital infantil e maternidade públicos, posto de saúde e HU	9	11,6
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Na TAB. 5 observou-se que os médicos estudados atendem mais as crianças com idade entre 0 e 4 anos (51,3%) distribuídos com 34,6% para a faixa etária de 0 a 2; 16,7% para a faixa etária de 2 a 4 anos e 29,6% atendem crianças de 0 a 6 anos de idade.

Tabela 5 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com as faixas etárias mais atendidas (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Faixa etária mais atendida</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>0 a 2 anos</b>	<b>27</b>	<b>34,6</b>
<b>2 a 4 anos</b>	<b>13</b>	<b>16,7</b>
4 a 6 anos	5	6,4
Acima de 6 anos	8	10,3
Atendem a todas as faixas citadas	23	29,6
Em branco	2	2,6
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

#### 5.1.1 Conhecimentos sobre promoção de saúde bucal

Na amostra pesquisada observou-se que a maior parte dos médicos relatou ter adquirido conhecimentos sobre promoção de saúde bucal (73,1%) (TAB. 6). Citaram como fontes principais deste conhecimento os cursos de graduação em medicina (19,2%) e a residência em pediatria (11,5%). Outras fontes (canais informais), como contatos pessoais com colegas médicos e dentistas foram apontadas por 23,1% da amostra (TAB. 7).

Tabela 6 - Distribuição da amostra dos médicos sobre conhecimentos de promoção de saúde bucal, adquiridos ou não (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Conhecimento sobre promoção de saúde bucal</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	57	73,1
Não	21	26,9
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Tabela 7 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com a fonte do conhecimento adquirido sobre promoção de saúde bucal (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Fonte do conhecimento adquirido</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Graduação	15	19,2
Residência	9	11,5
Especialização ou outro curso de pós-graduação	4	5,2
Mídia	2	2,6
Congressos e palestras	3	3,8
Outras fontes	18	23,1
Não lembra	1	1,3
Não teve	17	21,8
Consideraram como fonte todas as alternativas juntas	9	11,7
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

De acordo com a classificação pessoal ou individual dos médicos estudados, quase a metade (46,2%) relatou não saber se o conhecimento sobre saúde bucal está adequado e 32,1% consideraram-no inadequado. Apenas 19,2% da amostra classificou como adequados os seus conhecimentos sobre promoção de saúde bucal (TAB. 8).

Tabela 8 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com a classificação pessoal sobre o seu conhecimento em saúde bucal (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Classificação do conhecimento</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adequado	15	19,2
Inadequado	25	32,1
Não sabe se está adequado	36	46,2
Em branco	2	2,6
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Quando perguntados sobre a transmissão de informações ou orientações às mães, responsáveis, ou ambos, pelos pacientes atendidos, mais da metade dos pesquisados (53,8%) afirmaram que repassam os conhecimentos sobre saúde bucal. A minoria (5,1%) não transmite informações (TAB. 9).

Tabela 9 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com a transmissão de conhecimentos sobre saúde bucal para as mães, responsáveis, ou ambos, pelos seus pacientes (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Transmissão de conhecimento às mães ou responsáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	42	53,8
Não	4	5,1
Às vezes	29	37,2
Quando a mãe pergunta	2	2,6
Em branco	1	1,3
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Quanto à possibilidade das crianças crescerem livres da doença cárie dentária, quase a totalidade dos médicos (92,3%) acredita ser possível (TAB. 10).

Tabela 10 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com a possibilidade da criança crescer livre da doença cárie dentária (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Possibilidade de a criança crescer sem cárie dentária</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	72	92,3
Não	4	5,1
Não sabe	2	2,6
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

### 5.1.2 Exame bucal

O exame da cavidade bucal das crianças foi realizado por 57,7% dos médicos; realizado sempre por 28,2%, realizado eventualmente por 10,3% e apenas 3,8% não realiza este exame (TAB. 11). Na cavidade bucal os médicos costumam examinar amígdala, gengiva, dentes, palato e bochechas (89,8%) (TAB. 12). Este exame é realizado na maioria das vezes com auxílio de espátula (70,5%) (TAB. 13).

Tabela 11 - Distribuição da amostra dos médicos sobre a execução do exame bucal (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Exame da boca</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Realiza	45	57,7
Realiza sempre	22	28,2
Realiza às vezes	8	10,3
Não realiza	3	3,8
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Tabela 12 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com o que examinam na boca de seus pacientes (Florianópolis, SC, 2002).

<b>O que examina na boca</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Amígdala	5	6,4
Palato	2	2,6
Amígdala, gengivas, dentes, Palato e bochechas	70	89,8
Não examina	1	1,3
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Tabela 13 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com o instrumental utilizado para o exame da boca (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Com o que examina na boca</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Espátula	55	70,5
Lanterna	3	3,8
Espátula e espelho clínico	4	5,1
Espátula e dedo	7	9,0
Espátula e lanterna	6	7,7
Espátula, dedo e lanterna	2	2,6
Não examina	1	1,3
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

O diagnóstico clínico da cárie dentária foi realizado baseado na presença de cavidades dentárias, manchas brancas e escuras por 55,2% dos médicos, 11,5% e 12,8% na presença de manchas escuras e cavidades, respectivamente, somente 1 médico (1,3%) considerou a mancha branca para diagnóstico da doença. O diagnóstico não é realizado por 19,2% da amostra pesquisada (TAB. 14).

Tabela 14 - Distribuição da amostra dos médicos sobre o diagnóstico da cárie dentária (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Como realiza o diagnóstico da cárie dentária</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Cavidade no dente	10	12,8
Manchas brancas nos dentes	1	1,3
Manchas escuras nos dentes	9	11,5
Cavidade, manchas brancas e escuras	43	55,2
Não realiza	15	19,2
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

### 5.1.3 Idade ideal para a primeira consulta odontológica

Na opinião dos médicos, a idade de 6 meses foi a recomendada para a primeira consulta odontológica (48,7%) (TAB. 15). No que diz respeito à frequência do atendimento odontológico para as crianças, mais da metade dos médicos apontou a semestralidade como recomendação (61,5%) (TAB. 16).

Tabela 15 - Distribuição da amostra dos médicos sobre a idade recomendada para a primeira visita odontológica (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Idade recomendada para a 1ª visita odontológica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ao nascimento	8	10,3
<b>Aos 6 meses</b>	<b>38</b>	<b>48,7</b>
Aos 12 meses	8	10,3
Entre 1 e 2 anos	9	11,5
Entre 2 e 3 anos	4	5,1
Ao nascimento e aos 6 meses	2	2,6
Outra idade	1	1,3
Não recomenda	6	7,7
Em branco	2	2,6
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Tabela 16 - Distribuição da amostra dos médicos de acordo com a periodicidade recomendada para uma visita ao odontopediatra (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Periodicidade recomendada para visita odontológica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Somente quando necessário	6	7,7
A cada 6 meses	48	61,5
Uma vez ao ano	20	25,6
Não recomenda	4	5,1
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>



#### 5.1.4 Relacionamento profissional entre pediatra e odontopediatra

A TAB. 17 demonstra que mais da metade dos médicos (59%) não costuma manter contato com o odontopediatra de seus pacientes, 23,1% eventualmente e 10,3% estabelecem contatos.

Tabela 17 - Distribuição da amostra dos médicos sobre o seu contato com o odontopediatra de seus pacientes (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Contato com odontopediatra</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	8	10,3
<b>Não</b>	<b>46</b>	<b>59,0</b>
Às vezes	18	23,1
Depende	6	7,7
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Quando questionados a respeito da interação entre a Pediatria e a Odontopediatria 47,4% relataram a sua inexistência, 37,1% consideraram-na importante, essencial e fundamental para o atendimento do paciente infantil tendo em vista que a saúde bucal não pode ser dissociada da saúde geral, 15,3% preferiram não responder esta questão. Surgiram dentro destas respostas questionamentos e afirmativas tais como:

*É possível realizar essa interação dentro da saúde pública?  
 Como garantir acesso aos serviços odontológico às crianças da rede pública?  
 O odontopediatra praticamente não tem participação saúde pública.  
 O atendimento odontopediátrico só é bom na rede privada.*

## 5.2 Caracterização da amostra das mães

A idade das mães variou de 16 a 46 anos, com média de 27, mediana de 26 e moda de 20. Todas as mães tinham pelo menos um filho (a) com idade entre 0 e 36 meses e respondiam o questionário em relação a este filho, ou seja, sempre o filho mais novo. O

número de filhos por mãe entrevistada, variou de 1 a 8, sendo que a média foi de 2 crianças/mãe e a moda de 1 criança/mãe.

A idade das crianças variou de 1 a 35 meses ou 36 completados no dia da pesquisa. A média de idade das crianças foi de 15,9 meses.

Todas as crianças (100%) já tinham visitado o pediatra e 52,3% (209) faziam uso de chupeta ou bico na época da entrevista.

Em relação ao grau de instrução das mães notou-se uma alta escolaridade, pois 25,8% delas tinham o primeiro grau completo, somando-se 22,8% com o 2º grau incompleto, temos quase a metade (48,6%) com escolaridade acima de 8 anos (TAB. 18).

Tabela 18 - Distribuição da amostra das mães segundo o seu grau de instrução (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Grau de instrução</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sem instrução	7	1,8
1º grau incompleto	88	22,0
<b>1º grau</b>	<b>103</b>	<b>25,8</b>
2º grau incompleto	91	22,8
2º grau	83	20,8
Curso técnico ou profissionalizante	3	0,8
Superior incompleto	18	4,5
Superior	4	1,0
Pós-graduação	3	0,8
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

### 5.2.1 Atendimento médico infantil

Quanto ao atendimento médico infantil constatou-se que 100% das crianças já haviam visitado o médico e que o motivo principal para essas consultas foi o controle periódico das crianças nos primeiros anos de vida, fazendo parte da rotina materna (TAB.19).

Tabela 19 - Distribuição da amostra das mães segundo o motivo principal das consultas médicas de seus filhos (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Motivo principal das Consultas médicas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Controle ou rotina	395	98,8
Doenças	4	1,0
Outros	1	0,3
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

A maioria das mães pesquisadas (67,3%) levou, preferencialmente, seus filhos para o atendimento médico nos Hospitais Universitário (38%) e Infantil (29,3%). O Posto de Saúde ocupa a terceira posição sendo responsável por 25% dos atendimentos (TAB. 20). A metade das mães (56,8%) levou os filhos para o atendimento médico mensalmente, 12,8% levou a cada 2 meses, 20,3% a cada 3 meses e 7,3% semestralmente (TAB. 21).

Tabela 20 - Distribuição da amostra das mães segundo o local onde levam seus filhos para atendimento médico (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Local de atendimento médico</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Consultório privado	16	4,0
<b>Hospital Infantil público (HI)</b>	<b>117</b>	<b>29,3</b>
Maternidade pública	1	0,3
Posto de saúde	100	25,0
<b>Hospital Universitário (HU)</b>	<b>152</b>	<b>38,0</b>
Consultório privado e HU	1	0,3
HI e Posto de Saúde	2	0,5
HI e HU	2	0,5
Posto de Saúde e HU	5	1,3
Outros	2	0,5
Não sabe	2	0,5
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tabela 21 - Distribuição da amostra das mães segundo a frequência das consultas médicas de seus filhos, por ano (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Rotina das consultas médicas p/ano</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Todo o mês	227	56,8
A cada 2 meses	51	12,8
A cada 3 meses	81	20,3
A cada 6 meses	29	7,3
Uma vez ao ano	3	0,8
Não sabe	9	2,3
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

#### 5.2.2 Atendimento odontológico infantil

A frequência do atendimento odontológico infantil na faixa etária estudada foi muito baixa, isto é, apenas 23,3% das crianças já tinham realizado consulta odontológica. A grande maioria (76,8%) não realizou esse atendimento (TAB. 22).

Tabela 22 - Distribuição da amostra das crianças segundo a frequência do atendimento odontológico (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Atendimento odontológico</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	93	23,3
Não	307	76,7
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Pela TAB. 23 observou-se que 12,3% das crianças pesquisadas foi uma vez à consulta odontológica; 4,8% duas vezes; 2,5% três vezes e 2,4% quatro ou mais vezes. Dentre as crianças que foram ao dentista, mais da metade (57%) foi uma vez, 22% foi duas vezes, 11% três vezes e 10% quatro ou mais vezes, conforme demonstra o GRAF. 1.

Tabela 23 - Distribuição da amostra das mães segundo a frequência das consultas odontológicas de seus filhos (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Número de consultas odontológicas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>1 vez</b>	<b>49</b>	<b>12,3</b>
<b>2 vezes</b>	<b>19</b>	<b>4,8</b>
<b>3 vezes</b>	<b>10</b>	<b>2,5</b>
4 vezes	5	1,3
5 vezes	1	0,3
6 vezes	2	0,5
7 vezes	1	0,3
Não levou	307	76,8
Não lembra	6	1,5
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

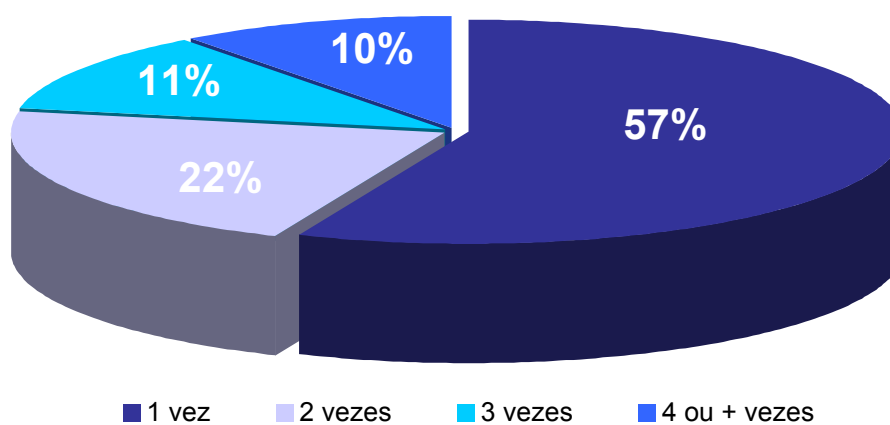


Gráfico 1 – Representação gráfica da frequência às consultas odontológicas das crianças que foram ao dentista (Florianópolis, SC, 2002).

O motivo principal relatado pelas mães para essas consultas foi a prevenção das doenças bucais (18,5%) ficando a doença cárie dentária responsável por apenas 1,3% (TAB. 24). Analisando-se somente as crianças que foram ao dentista (GRÁF. 2), verificou-se que o motivo principal entre elas foi a prevenção com 83%, deixando a doença cárie dentária como a terceira e última razão relatada para essa procura.

Tabela 24 - Distribuição da amostra das mães segundo o motivo principal para as consultas odontológicas de seus filhos (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Motivo principal das Consultas odontológicas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Prevenção</b>	<b>74</b>	<b>18,5</b>
Cárie dentária	5	1,3
Outros (trauma)	10	2,5
Não levou	307	76,8
Não lembra	3	0,8
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Obs: 1 questionário foi perdido para essa questão.

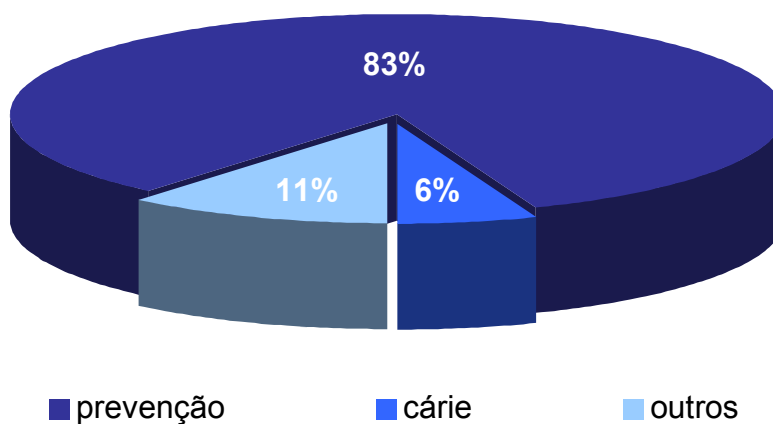


Gráfico 2 – Representação das crianças de acordo com o motivo principal para as consultas odontológicas (Florianópolis, SC, 2002).

### 5.2.3 Orientação médica para o atendimento odontológico

De acordo com o relato materno observou-se que 75% não recebeu do médico a informação para levar o filho ao dentista (TAB. 25).

Tabela 25- Distribuição da amostra das mães segundo a orientação médica para a consulta odontológica de seus filhos (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Orientação médica para a consulta odontológica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	93	23,3
Não	300	75,0
Não lembra	7	1,8
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Quanto à idade recomendada para o atendimento odontológico observou-se na TAB. 26 que a idade que coincide com o irrompimento do 1º dente decíduo na boca (6 meses) é a que sobressai (9,8%). Examinando-se somente as crianças que foram ao dentista verificou-se que a época mais indicada pelos médicos para a consulta odontológica ocorre do nascimento (21%) aos 6 meses de idade (44%) (GRÁF. 3).

Tabela 26 - Distribuição da amostra das mães segundo a idade recomendada pelo médico para a consulta odontológica de seus filhos (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Idade recomenda para a consulta odontológica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ao nascimento	19	4,8
<b>Aos 6 meses ou quando irromper o 1º dente decíduo</b>	<b>39</b>	<b>9,8</b>
Aos 12 meses	11	2,8
Entre 1 e 2 anos	12	3,0
Entre 2 e 3 anos	6	1,5
Acima de 3 anos	2	0,5
Outra idade	1	0,3
Não falou a idade	1	0,3
<b>Nunca falou sobre isso</b>	<b>302</b>	<b>75,5</b>
Não lembra	6	1,5
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Obs: 1 questionário foi perdido para essa questão.

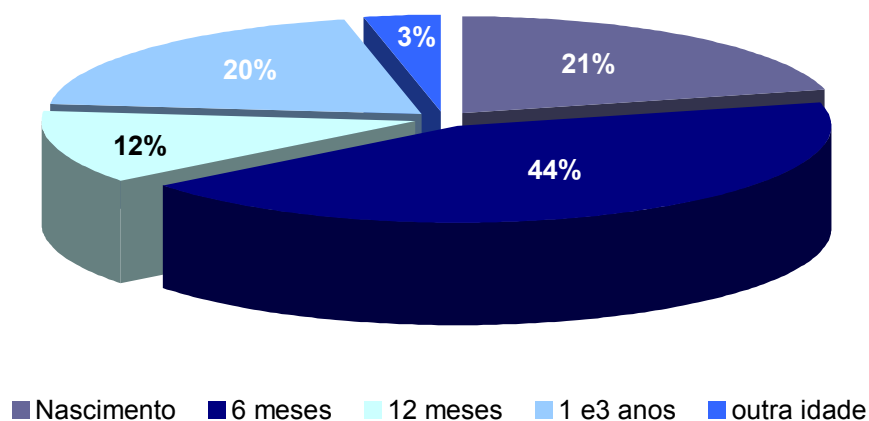


Gráfico 3 – Representação gráfica da idade recomendada pelos médicos para a consulta odontológica das crianças que foram ao dentista (Florianópolis, SC, 2002).



Examinando a opinião das mães sobre a rotina anual das consultas odontológicas constatou-se que existe uma diferença crescente entre as periodicidades mais citadas, sendo 2,8% para a rotina trimestral, 5,8% para a semestral e 9,3% para a anual (TAB. 27).

Tabela 27 - Distribuição da amostra das mães segundo a sua opinião sobre a rotina anual das consultas odontológicas de seus filhos (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Periodicidade das consultas odontológicas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Todo mês	1	0,3
A cada 3 meses	11	2,8
A cada 6 meses	23	5,8
Uma vez por ano	37	9,3
Quando tem dor	6	1,5
Nunca foi	307	76,8
Não sabe	15	3,8
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

#### 5.2.4 Conhecimento materno sobre saúde bucal

A opinião das mães sobre a possibilidade das crianças crescerem livres da doença cárie dentária foi equilibrada: 41,3% delas consideraram essa possibilidade e 57% a negaram (TAB. 28). No que diz respeito a etiologia da doença, mais da metade, 59,3% atribuiu ao açúcar a causa da doença (TAB. 29). Para o cruzamento de dados da Tabela 29 com outras variáveis, foram consideradas corretas as alternativas bactéria e açúcar ou a associação delas; meio correta foram consideradas a associação de uma destas alternativas com qualquer uma das demais e incorretas qualquer uma das demais alternativas.

Tabela 28 - Distribuição da amostra das mães a respeito da possibilidade das crianças crescerem livres da doença cárie dentária (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Possibilidade da criança crescer sem cárie dentária (mãe)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	165	41,3
<b>Não</b>	<b>228</b>	<b>57,0</b>
Não sabe	6	1,5
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tabela 29 - Distribuição da amostra das mães segundo a opinião sobre a etiologia da doença cárie dentária (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Etiologia da cárie dentária</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Vírus	1	0,3
Bactéria	22	5,5
Fungo	1	0,3
Bacilo	4	1,0
<b>Açúcar</b>	<b>237</b>	<b>59,3</b>
Outros	49	12,3
Associaram bactéria e açúcar	25	6,3
Associaram 2 ou + alternativas	23	5,7
Não sabe	37	9,3
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Obs: 1 questionário foi perdido para essa questão.

O conhecimento sobre o caráter transmissível da doença foi colocado por 48,5% das mães, 31% não a consideraram transmissível e 20% relataram não saber (TAB. 30).

Tabela 30 - Distribuição da amostra das mães segundo a opinião sobre o caráter transmissível da doença cárie dentária (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Transmissibilidade da cárie dentária</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Saliva	65	16,3
Utensílios domésticos (garfo,faca,copo)	36	9,0
Chupeta, bico	8	2,0
Outros	64	16,0
Associaram 2 ou + alternativas	20	5,2
<b>Não é transmissível</b>	<b>124</b>	<b>31,0</b>
Não sabe	80	20,0
Ignorado	2	0,5
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Obs: 1 questionário foi perdido para essa questão.

Para 36,8% das mães os manchamentos dentários são conseqüências clínicas da presença da doença, 18,5% consideraram as cavidades (dentárias) e 22% apontaram mais de uma alternativa (inflamação, infecção, cavidade, manchamentos) como pode ser observado na TAB. 31.

Tabela 31 - Distribuição da amostra das mães segundo a opinião sobre as conseqüências clínicas da cárie dentária (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Conseqüências da cárie dentária</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Inflamação	21	5,3
Infecção	19	4,8
Cavidade	74	18,5
Manchamentos	147	36,8
Outros	28	7,0
Associaram 2 ou + alternativas	87	22,0
Não sabe	23	5,8
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Obs: 1 questionário foi perdido para essa questão.

### 5.2.5 Alimentação infantil

A partir da investigação sobre os hábitos da alimentação infantil constatou-se que 43,2% das crianças adotaram a amamentação natural, além dos 37% que relataram ainda estarem amamentado dessa forma. Menos de 20% não amamentaram da forma natural (TAB. 32).

Tabela 32 - Distribuição da amostra das crianças de acordo com a amamentação no peito (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Amamentação natural</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	173	43,2
Não	78	19,5
Ainda está sendo amamentado	148	37,3
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Na TAB. 33 fica evidente que além da alimentação natural 26,6% das crianças fizeram uso de mamadeira, 14,1% usaram copo ou colher e 41% usaram copo, colher e mamadeira.

Tabela 33 - Distribuição da amostra das crianças segundo outro tipo de alimentação ou amamentação, que não a do peito (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Usa ou usou outro tipo de amamentação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Mamadeira	106	26,6
Não usa mamadeira	74	18,8
Copo ou colher	56	14,1
Outros	1	0,3
Mamadeira, copo ou colher	162	40,5
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Obs: 1 questionário foi perdido para essa questão.

O hábito de adormecer com a mamadeira na boca não foi encontrado freqüentemente, na população infantil analisada, pois apenas 7,5% mencionaram fazê-lo (TAB. 34). Quando indagadas sobre a idade limite para o uso da mamadeira durante a noite 17,3% das mães relataram que deve ser administrada enquanto a criança aceitar, 35,8% não fazem uso durante a noite e 32,3% não usam mamadeira (TAB. 35).

Tabela 34 - Distribuição da amostra das mães segundo o hábito das crianças adormecerem com a mamadeira na boca (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Dormem com a mamadeira na boca</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim (Sempre)	12	3,0
Não	239	59,8
(Sim) Às vezes	18	4,5
Não usa mamadeira	130	32,6
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tabela 35 - Distribuição da amostra das mães segundo a opinião sobre o limite de idade para o uso da mamadeira noturna (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Idade para uso da mamadeira noturna</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Até 6 meses	7	1,8
Até 1 ano	14	3,5
Até 2 anos	13	3,3
Até quando a criança aceitar	69	17,3
Outra idade	7	1,8
Não deve ser usada	8	2,0
Não sabe	9	2,3
Não usa mamadeira noturna	143	35,8
Não usa mamadeira	129	32,3
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Obs: 1 questionário foi perdido para essa questão.

### 5.2.6 Higiene bucal

Quanto questionadas sobre a execução da limpeza da boca/dentes de seus filhos 84,8% (339) das mães relataram executá-la e 66,9% delas ajudam sempre os seus filhos na higiene (TAB. 36). O número de vezes por dia dessa limpeza variou de 1 a 7, assim distribuídos: uma vez 17,8%, duas vezes 31,5%, três vezes 22,5%, quatro vezes 4% e mais de cinco vezes 1,2% (TAB. 37).

Tabela 36 - Distribuição da amostra das mães segundo a pessoa que executa a higiene bucal de seus filhos (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Quem executa a higiene bucal</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
A criança sozinha	9	2,3
Irmão(a) mais velho(a)	3	0,8
A mãe ajuda às vezes	57	14,0
A mãe ajuda sempre	267	66,9
Avó	3	0,8
Não limpa	60	15,0
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Tabela 37 - Distribuição da amostra das mães segundo o número de vezes por dia que é executada a higiene bucal de seus filhos (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Número de vezes por dia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Uma vez	71	17,8
Duas vezes	126	31,5
Três vezes	90	22,5
Quatro vezes	16	4,0
Mais de cinco vezes	4	1,2
Depois das refeições ou mamadas	29	7,3
Não sabe	3	0,8
Não limpa	60	15,0
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>

Obs: 1 questionário foi perdido para essa questão.

A fonte de informação mais citada, sobre a necessidade de limpeza da boca, foi a dos profissionais da saúde com 44,4%, sendo que 21,3% das mães adotaram o procedimento por conta própria, como é possível acompanhar pela TAB. 38.

Tabela 38 - Distribuição da amostra das mães segundo a fonte de informação sobre a higiene bucal de seus filhos (Florianópolis, SC, 2002).

<b>Fonte de informação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Meios de comunicações	20	5,1
<b>Profissionais</b>	<b>177</b>	<b>44,4</b>
Outras fontes	56	14,0
Conta própria	85	21,3
Meios de comunicações e profissionais	6	1,6
Não lembra	1	0,3
Não limpa	54	13,6
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>

Obs: 1 questionário foi perdido para essa questão.

### 5.3 Associações entre as respostas médicas e maternas

Na TAB. 39 encontra-se demonstrado a associação realizada entre a ida das crianças ao dentista com o relato da mãe sobre a recomendação médica ou não para essa consulta. A diferença entre as crianças que foram ao dentista e que receberam a informação do médico para tal, foi maior (estatisticamente significativa) do que aquelas que foram mesmo sem a orientação médica.

Tabela 39 – Resultados da associação entre as crianças que foram ao dentista com o relato materno sobre a orientação médica para essa visita (Florianópolis, SC, 2002).

	Criança foi ao CD		Criança não foi ao CD		Total		P = teste $\chi^2$ de Pearson
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Médico recomendou	49	52,7	44	47,3	93	100,0	
Médico não recomendou	46	15,3	254	84,7	300	100,0	< 0,001
<b>Total</b>					<b>393</b>	<b>100,0</b>	$\chi^2=54,04$

Obs: 7 questionários foram perdidos nesta associação.

A escolaridade materna quando associada com a realização da higiene bucal infantil, com o conhecimento materno sobre a etiologia da doença e com a visita ao dentista não demonstrou diferença estatisticamente significativa, o que pode ser verificado por meio das TAB. 40 a 42, respectivamente.

Tabela 40 – Resultados da associação entre a escolaridade materna e a higiene infantil realizada (Florianópolis, SC, 2002).

Higiene Escolaridade	Realiza		Não Realiza		Total		P = teste $\chi^2$ de Pearson
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
> 8 anos	171	85,1	30	14,9	201	100,0	
≤ 8 anos	168	84,8	30	15,2	198	100,0	> 0,001
<b>Total</b>					<b>393</b>	<b>100,0</b>	$\chi^2= 0,004$

Obs: 1 questionário foi perdido nesta associação.



Tabela 41 – Resultados da associação entre a escolaridade materna e o seu conhecimento sobre a etiologia da doença cárie dentária (Florianópolis, SC, 2002).

	> 8 anos		≤ 8 anos		Total		P = teste $\chi^2$ de Pearson
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Corretas	182	52,8	163	47,2	345	100,0	> 0,001 $\chi^2 = 6,35$
Meio Corretas	5	45,5	6	54,5	11	100,0	
Incorretas	14	32,6	29	67,4	43	100,0	
<b>Total</b>					<b>393</b>	<b>100,0</b>	

Obs: 1 questionário foi perdido nesta associação.

Tabela 42 – Resultados da associação entre a escolaridade materna e a frequência ao dentista das crianças (Florianópolis, SC, 2002).

	Criança foi ao CD		Criança não foi ao CD		Total		P=teste $\chi^2$ de Pearson
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
> 8 anos	51	25,2	150	74,8	201	100,0	> 0,001 $\chi^2 = 0,505$
≤ 8 anos	42	22,2	153	77,8	195	100,0	
<b>Total</b>					<b>396</b>	<b>100,0</b>	

Obs: 4 questionários foram perdidos nesta associação.

A diferença entre as crianças que realizaram a higiene bucal e as que não realizaram foi (maior) estatisticamente significativa quando associou-se ao fato (variável) de terem ou não visitado o dentista (TAB. 43).

Tabela 43 – Resultados da associação entre a higiene infantil realizada e frequência ao dentista das crianças (Florianópolis, SC, 2002).

Criança	Realiza Higiene		Não realiza Higiene		Total		P = teste $\chi^2$ de Pearson
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Foi ao CD	92	98,8	1	1,1	93	100,0	
Não foi ao CD	245	80,6	59	19,4	304	100,0	< 0,001
<b>Total</b>					<b>397</b>	<b>100,0</b>	$\chi^2 = 19,08$

Obs: 3 questionários foram perdidos nesta associação.

Profissionais da saúde foi a alternativa mais citada como fonte de informação para a realização da higiene saúde bucal, sendo esta estatisticamente significativa (TAB. 44). Isto é, a informação para a realização da higiene foi dada pelos profissionais da área da saúde.

Tabela 44 – Resultados da associação entre a higiene infantil realizada e a fonte de informação adquirida para tal (Florianópolis, SC, 2002).

Fonte	Realiza Higiene		Não realiza Higiene		Total		P = teste $\chi^2$ de Pearson
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Profissionais	175	98,9	2	1,1	177	100,0	
Meios de Comunicação	19	95,0	1	5,0	20	100,0	< 0,001
Nenhum	7	11,7	53	88,3	60	100,0	
<b>Total</b>					<b>342</b>	<b>100,0</b>	$\chi^2 = 275,46$

Obs: 58 questionários foram perdidos nesta associação.

O cruzamento realizado entre as crianças que visitaram o dentista e o conhecimento materno sobre o caráter transmissível da doença cárie dentária foi favorável a essas (estatisticamente significativa) (TAB. 45).

Tabela 45 – Resultados da associação entre a frequência ao dentista e o conhecimento materno sobre o caráter transmissível da doença (Florianópolis, SC, 2002).

Resposta	Criança foi ao CD		Criança não foi ao CD		Total		P = teste $\chi^2$ de Pearson
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Correta	43	53,8	87	34,3	130	38,9	
Incorreta	37	46,3	167	65,7	204	61,1	< 0,001
<b>Total</b>					<b>334</b>	<b>100,0</b>	$\chi^2 = 9,729$

Obs: 66 questionários foram perdidos nesta associação.

## **6 DISCUSSÃO**

Por meio da análise estatística descritiva e associativa das respostas aos questionários serão discutidas a conduta dos médicos e mães em relação à promoção de saúde bucal. Aspectos referentes ao conhecimento médico e materno, alimentação e higiene infantil e condutas para a primeira consulta odontológica serão abordados.

### **6.1 Perfil do médico**

De acordo com a caracterização da amostra dos médicos, verificou-se que a média de idade foi de 38 anos, com equilíbrio entre os sexos. A maioria (62,8%) realizou residência e 23,1% o fez há mais de 20 anos. A faixa etária atendida por eles entre 0 a 2 anos de idade é 34,6%, de 2 a 4 anos de idade é 16,7%, e todos atuam na rede pública, o que foi o propósito do estudo, haja vista que as crianças que apresentam maior risco à doença cárie dentária são as que pertencem às classes menos favorecidas (DILLEY; DILLEY; MACHIEN, 1980; SILVER, 1992; REISINE; LITT,1993; MULLER,1996; MILNES,1996; FREIRE; MELO;

SILVA, 1996; ISMAIL, 1998; WEINSTEIN, 1998; WALDMAN; PERLMAN, 1999; BARROS et al., 2001).

Buscou-se uma amostra junto à rede pública justamente por atender a população com nível sócio-econômico mais baixo e, portanto, mais vulnerável à doença e merecedora de mais atenção.

## **6.2 Conhecimentos sobre promoção de saúde bucal**

Na literatura, constatou-se que o pediatra ocupa uma posição privilegiada principalmente nos primeiros anos de vida das crianças, podendo orientar e conscientizar os pais sobre o atendimento odontológico precoce. Para tal, é necessário que a população médica esteja a par sobre a nova conduta odontológica visando a promoção da saúde bucal. Por isso, investigou-se junto aos médicos sobre a aquisição desse conhecimento e encontrou-se que 73,1% o tinha adquirido, resultado um pouco menor ao de Freire; Macedo; Silva (2000) no qual 94,8% dos médicos entrevistados relataram ter informações sobre a doença cárie dentária. Entretanto, há um achado divergente de Schalka (1997) que encontrou 47,8% dos médicos com conhecimento adquirido nessa área, Tsamtsouris e Gravis (1990) que constaram que 98,9% dos pediatras não estavam bem informados sobre saúde bucal e Los-Santos; Torriani; Bonow (1994) em Pelotas-RS, que observaram a necessidade de maior conhecimento por parte desses profissionais nessa área. Dentre as fontes mais citadas para a aquisição do conhecimento, apareceu a graduação com 19,2%, a residência com 11,5% e outras fontes com 23,1%, resultados em parte também divergentes de Schalka (1997) no qual

a especialização e residência foram os mais citados com 17,2%. Como outras fontes os médicos citaram contatos informais com colegas dentistas e outros médicos. Juntando-se esse relato com o fato de que a maioria dos médicos pesquisados está na vida profissional há mais de 20 anos, pode-se atribuir essa aquisição (de conhecimento em saúde bucal) à experiência adquirida ao longo dos anos por meio dos contatos profissionais. Esse fato pode também justificar a dúvida dos mesmos a respeito do conhecimento adquirido (46,2%), uma vez que foi obtido informalmente.

Apenas 19,2% consideraram o seu conhecimento na área de saúde bucal adequado, resultado semelhante aos de Freire; Macedo; Silva (2000) em que 24% consideraram satisfatórios os conhecimentos adquiridos sobre saúde bucal. Comparando com Tsamtsouris e Gravis (1990), Schalka (1997) observa-se que esses autores encontraram resultados semelhantes. Justifica-se também, pela presença dos artigos na literatura científica orientando a comunidade médica para as doenças da boca nas décadas de 70 e 80 (BERNICK, 1971; RIPA, 1974; LESKE; LESKE, 1974; MILLER; ROSENSTEIN, 1982; HERRMANN; ROBERTS, 1987).

A transmissão de conhecimentos sobre saúde bucal às mães deve fazer parte da rotina médica segundo Bernick (1971); Shelton e Ferreti (1982); Crall (1986); Marcondes (1988); Crespim (1990); Johnsen (1991); Freire; Macedo; Silva (2000). Embora uma minoria considere adequado os seus conhecimentos, pôde-se observar neste estudo que os médicos costumam transmiti-los às mães de seus pacientes. Unindo-se os profissionais que transmitem informações (53,8%) àqueles que transmitem eventualmente, obtém-se que 91% deles realizam essa tarefa. Tapper-Jones et al. (1990) na Grã Bretanha, constataram que 92% dos médicos pesquisados encontraram dificuldades práticas no desenvolvimento da comunicação entre médico e paciente, apesar de concordarem que esta comunicação é fundamental para a educação do mesmo. Scavuzzi et al. (1994-1995) em Feira de Santana – Bahia verificaram que a maioria dos médicos ainda não tem consciência do seu papel em orientar seus pacientes sobre o atendimento odontológico precoce. Da mesma forma Santos e Rodrigues (1995)

constataram que a orientação de medidas preventivas para a saúde bucal não faz parte da rotina dos médicos pesquisados em São Paulo.

### **6.3 Exame da cavidade bucal**

O exame da cavidade bucal faz parte da rotina dos médicos aqui pesquisados (96,2% realizam o exame da cavidade bucal) resultados semelhantes aos desta pesquisa podem ser vistos nos trabalhos de Schalka (1997) 93%, Paiva; Bezerra; Toledo (1990) 91,2%, Schulte; Druyan; Hagen (1992) 95%, Madeira; Oliveira; Paiva (1996) 87,5%, Silveira et al. (2000) 98%. Para 85% dos médicos entrevistados por Schulte; Druyan; Hagen (1992) o exame bucal é de responsabilidade deles nas crianças menores de 3 anos de idade. Analisando a TAB. 12 observa-se que a cavidade bucal é examinada como um todo, não ocorrendo exame específico de um órgão sobre o outro (89,8%) fazendo parte da rotina médica dos profissionais entrevistados. Para a execução desse exame os médicos utilizam-se, preferencialmente, de espátulas (70,5%) objeto comum nos consultórios pediátricos.

O diagnóstico da doença cárie dentária é realizado por 80% dos entrevistados, utilizando-se preferencialmente as cavidades dentárias e manchas (brancas e escuras). Comparando-se somente manchas brancas (1,3%) e escuras (11,5%) para este diagnóstico, observa-se uma grande diferença entre elas, o que significa dizer que as manchas brancas ainda não são consideradas como sinal clínico da doença cárie dentária para esses profissionais. De acordo com Schalka (1997) o fato das manchas brancas serem consideradas sinal clínico da doença não é levado em conta pelos médicos e para Schulte; Druyan; Hagen (1992) este diagnóstico é baseado nas experiências próprias do médico. Coerente com o relatado aqui pela amostra entrevistada que adquiriu parte dos seus conhecimentos sobre

saúde bucal informalmente, onde talvez a mancha branca não tenha sido passada como lesão de cárie. Conceito recente, pouco divulgado e estabelecido para comunidade médica.

#### **6.4 Idade ideal para a primeira consulta odontológica**

A idade ideal para a primeira consulta odontológica está consolidada pela literatura como aquela que coincide com o irrompimento do primeiro dente decíduo na cavidade bucal, ou seja, por volta dos 6 meses de idade. Aceita-se também que ela aconteça até os 12 meses (CROLL, 1984; CROLL, 1988; KOMORI et al., 1991; JOHNSEN, 1991; FONSECA; SANT'ANA; SUGA, 1992; VELASCO et al., 1993; MEDEIROS, 1993; WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996; THOMAS, 1997). A necessidade deste atendimento precoce surge da importância de prevenir as doenças da boca, principalmente a cárie de mamadeira, que acomete de forma agressiva as crianças durante a infância. A partir deste novo paradigma e a necessidade urgente da adoção desta recomendação pelos pediatras, inicia-se uma busca sobre o conhecimento e a indicação desta nova rotina pelos mesmos, haja vista que no passado o que vigorava era o atendimento odontológico aos 3 anos de idade e que neste momento tem que ser esquecido.

Analisando-se a literatura sobre a idade recomendada pelos médicos, constatou-se que a partir da última década esta idade vem caindo consideravelmente, ficando estabilizada entre 6 e 12 meses e evidenciando uma tendência à mudança no mito dos 3 anos (QUADRO 1). Para que esta mudança se consolide, é necessário que a comunidade médica além de conhecer



a idade ideal para o atendimento odontológico precoce, passe a incorporar na sua rotina de atendimento a presente recomendação.

<b>Estudos</b>	<b>&lt; 6 meses</b>	<b>Entre 6 meses e 1 ano</b>	<b>Entre 1 e 2 anos</b>	<b>Entre 2 e 3 anos</b>	<b>&gt; 3 anos</b>	<b>Não recomenda</b>
PAIVA; BEZERRA; TOLEDO, (1990), Brasília-DF			31,6% (18 meses)	43,9%	21,1%	
TSAMTSOURIS e GRAVIS, (1990) Massachusetts-USA		32%		15,3%	37,7%	13,8%
PALMINI; ASSUMPCÃO; FIGUEIREDO, (1996) Porto Alegre-RS				74,5% (0 e 3)		
ESTEVES; NAKAMA; SALIBA, (1996) Londrina-PR		83,3% (antes de 1 ano)				
ESTEVES; NAKAMA; SALIBA, (1996) Araçatuba-SP		42,8% (antes de 1 ano)				
SCHALKA e RODRIGUES (1996) São José dos Campos-SP				54,2%	15%	
SCHALKA, (1997) São Paulo-SP		15,3%	32%	23%	8%	9%
ERICSON e THOMAS, (1997)-USA		72% (46,% executam)				
FERREIRA; KRAMER; LONGONI, (1999) Canoas-RS		40% (até 1 ano)			40%	
CAVALCANTI; ALBUQUERQUE; SANTANA, (1999)		35% (até 1 ano)				
RIBEIRO; MODESTO; RIBEIRO, Rio de Janeiro- (1999)		84,2% (até 1 ano)				
MENESES (2001) Belo Horizonte-BH	29,8% c/ o 1º dente	38,1% (até 1 ano)				

QUADRO 1 - Idade recomendada por médicos para a primeira consulta odontológica.

Nesta pesquisa verificou-se que 48,7% dos entrevistados recomendam a primeira visita aos 6 meses de idade, 10,3% ao nascimento e 10,3% aos 12 meses, totalizando 69,3% até 1 anos de idade, recomendação adequada e semelhante aos demais achados da literatura (QUADRO 1). Essa conduta adequada e atual difere da adotada para a periodicidade recomendada, que foi a cada 6 meses (61,5%). Nota-se que apesar da recomendação para a primeira consulta ser coerente com a conduta de promoção de saúde bucal, a periodicidade adotada pelos pediatras ainda é aquela da semestralidade, na qual o risco à doença (cárie dentária) não é levado em conta, talvez explicada devido aos longos anos da presença de uma filosofia odontológica curativa. Para que novos conceitos sejam introduzidos é necessário conhecê-los primeiro para depois colocá-los em prática. Fato não observado na amostra pesquisada.

## **6.5 Relacionamento profissional entre pediatria e odontopediatria**

A responsabilidade da promoção e manutenção da saúde infantil é de todos os profissionais envolvidos com elas desde o nascimento. Elvey e Hewie (1982) já sugeriam conferências sobre Odontologia nas escolas de Medicina e que o cirurgião-dentista fizesse parte das equipes de saúde. A integração da pediatria e odontopediatria é fundamental para oferecer melhor qualidade de vida e um futuro melhor e mais saudável às crianças (ABRAMS; JOSELL, 1991; COOLEY; SANDERS, 1991; ROSENBERG; NICO, 1992). Especificamente em relação à saúde bucal também se pode afirmar que as doenças da boca podem ser prevenidas se houver esforços conjuntos de pediatras e odontopediatras

(SCHULTE; DRUYAN; HAGEN, 1992; LOS SANTOS; TORRIANI; BONOW, 1994; MADEIRA; OLIVEIRA; PAIVA, 1996; FIGUEIREDO; PALMINI; RODRIGUES, 1997).

Apesar da forte tendência ao trabalho em conjunto da pediatria e odontopediatria, na prática isso ainda não acontece e ambas continuam solitárias ao invés de solidárias (FUJIMOTO; BASSO; CHELOTTI, 1997).

Os médicos nesta pesquisa pesquisados relataram a inexistência desse relacionamento (47,3%) e 15,4% optaram por deixar a resposta em branco, fato que também pode ser interpretado como uma negativa ao relacionamento. Somando-se ambos, verificou-se que 63,0% da amostra pesquisada se posicionou negativamente em relação a essa questão. Observou-se por meio dos relatos pessoais que eles não acreditam que esta integração possa ocorrer nos serviços públicos, fato comprovado pela falta de contato com o dentista de seus pacientes (59,9%). Meneses (2001) encontrou 58,0% dos profissionais entrevistados motivados para esta interação, entretanto apenas 42% relataram a sua existência.

## **6.6 Perfil das mães**

De acordo com a caracterização da amostra das mães, constatou-se que a média de idade foi de 27 anos e o número de filhos de 2 crianças/mãe. A média da idade das crianças foi de 15,9 meses.

Todas as mães entrevistadas levaram seus filhos para consulta médica (100%), conduta recomendada para a faixa analisada e coerente com os resultados de Cooley e Sanders (1991) e de Barroso; Miasato; Graça (2000).

Essas mães levam preferencialmente seus filhos para o atendimento médico de rotina nos Hospitais Infantil Joana de Gusmão e Universitário, o que significa dizer que são atendidas pelos profissionais que compuseram a amostra dos médicos desta pesquisa. A metade das mães leva os filhos mensalmente (56,8%) para o atendimento médico com objetivo de realizar o controle periódico (98,8%) da saúde deles. Justificam-se esses achados com a média de idade das crianças (15,9 meses), período que coincide com a puericultura (BARROSO; MIASATO; GRAÇA, 2000).

As mães foram entrevistadas porque desempenham um papel essencial na vida de seus filhos sob o aspecto emocional, nutricional e educacional. Suas atitudes e comportamento refletem diretamente na saúde bucal da crianças. Os hábitos aprendidos na infância perpetuam por toda a vida, além de ser a mulher, em qualquer fase de sua vida, o vetor ideal para a transmissão de orientações e costumes aos filhos (BLINKHORN, 1978; BLINKHORN; 1981; TSAMTSOURIS; STACK; PADAMSEE, 1986; WENDT et al., 1996; WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996; ISMAIL, 1998; MATTILA et al., 1998; TWETMAN; GARCIA-GODOY; GOEPFERD, 2000; WATT, 2000; SANTOS-PINTO et al., 2001; WEINSTAIN; RIEDY, 2001).

## **6.7 Atendimento odontológico infantil**

Foi um dos objetivos deste estudo, encontrar a frequência do atendimento odontológico infantil na faixa etária de 0 a 36 meses, haja vista os poucos dados existentes na literatura. Os valores nesta pesquisa (23,3%) permitem afirmar que estas crianças freqüentam pouco os consultórios odontológicos. Os resultados relatados por Ripa (1974) demonstram

que 9 em cada 10 crianças americanas nunca visitaram o dentista; Dilley; Dilley; Machien (1980) que encontraram 49% das crianças examinadas sem ter realizado consulta odontológica; Cooley e Sanders (1991) nos Estados Unidos onde apenas 14,3% das crianças até 5 anos tiveram consulta com o dentista; Stewart et al. (1999) que encontraram somente 12% das crianças com idade entre 6 e 36 meses com visita realizada ao dentista e Waldman e Perlman (1999) também nos Estados Unidos que verificaram que uma criança com menos de 6 anos de idade em cada cinco visitaram o dentista, confirmam a frequência aqui encontrada. Esses resultados embora baixos, são de países que não refletem a nossa realidade, portanto, fica difícil a comparação.

Um outro fator que contribui para a ausência das crianças (na faixa etária de 3 anos) não aparecerem nos levantamentos epidemiológicos oficiais no Brasil (1985, 1986 e 1996) é o fato da faixa etária em questão não ser considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como idade índice para os levantamentos (BÖNECKER; GUEDES-PINTO; WALTER, 1997).

No Brasil esses dados ainda são escassos, pois a faixa estudada não é considerada pela OMS como idade índice, não aparecendo nos levantamentos epidemiológicos oficiais no Brasil (BÖNECKER; GUEDES-PINTO; WALTER, 1997; PINTO, 2000;), entretanto, pode-se observar que quando comparadas consultas médicas e odontológicas no primeiro ano de vida, a odontológica corresponde a metade da médica (BARROSO; MIASATO; GRAÇA, 2000) e apenas 7% das crianças após 3 anos de idade já iniciaram tratamento odontológico (ZUANON et al., 2001).

Esta frequência baixa pode ser explicada devido ao atendimento odontológico voltado para o primeiro ano de vida ser relativamente novo e talvez pouco difundido entre a população e comunidade de saúde, embora a maioria que procurou atendimento o fez com olhos para a prevenção (83%) (GRAF.2). Justifica-se também devido a pouca indicação médica para essa consulta (23,3%) na amostra pesquisada.

Focando as 93 crianças que já tinham realizado consulta odontológica, observou-se que a maioria (83%) fez esse atendimento voltado para a prevenção. Notou-se aí o interesse e orientação das mães analisadas para o atendimento odontológico precoce. Provavelmente se a existência e o acesso aos serviços odontológicos (no primeiro ano de vida) fossem maiores, um número maior de mães levaria seus filhos às consultas. Essas mães já estão orientadas para a rotina médica. Talvez falte fazer o mesmo em relação à odontológica, pois 75% delas relataram que o médico nunca falou sobre a idade adequada para levar seu filho a esse atendimento e 2% não lembram, comprovando aí a falta de transferência de informações do médico para as mães. Das 23% restantes, 75,8% indicaram a época do nascimento até 12 meses como a ideal para essa consulta, resultados diferentes dos de Zuanon et al. (2001) que encontraram 43% dos seus entrevistados apontando a idade até 12 meses. Para as mães, tão importante quanto saber a idade ideal é receber a orientação para realizá-la. Rotina essa que na opinião das 93 mães que já tinham levado os filhos ao consultório (odontológico) deve ser uma vez ao ano para 37 delas (39,7%) a cada 6 meses para 23 (24,7%) e 15 não souberam informar (16,1%). Existe a necessidade urgente de informar e encaminhar as mães para o início do atendimento odontológico durante o primeiro ano de vida.

## **6.8 Conhecimento materno sobre saúde bucal**

O conhecimento das mães sobre saúde bucal é importante para prevenir as doenças bucais em seus filhos. Este conhecimento objetiva desenvolver hábitos que não comprometam a saúde bucal infantil, por exemplo: não oferecer indiscriminadamente a mamadeira à criança, passar da alimentação natural direto para a colher ou copo de transição, não colocar a criança

para dormir com a mamadeira na boca, introduzir o copo o mais cedo possível, reduzir a ingestão de alimentos e líquidos adoçados (principalmente na mamadeira), realizar a higiene diária mesmo que a criança chore, procurar tratamento e orientações bem cedo, conscientizar-se da importância da saúde bucal para a geral e o perfeito desenvolvimento e crescimento da criança, evitar a transmissibilidade bacteriana e transmitir hábitos adequados de alimentação obedecendo a hierarquia de consistência alimentar (BLINKHORN, 1978; CRALL, 1986; ROSSOW; KJAERNES; HOLST; 1990; WENDT et al., 1996; FIGUEIREDO; FALSTER, 1997; SEERIG; MAINARDI; OLIVEIRA, 1998; WEINSTAIN, 1998; BLINKHORN, 1998; SCAVUZZI; ROCHA, 1999; RAMOS; MAIA, 1999; CUNHA et al., 2000; TWETMAN; GARCIA-GODOY; GOEPFERD, 2000; WATT, 2000).

Uma das informações relevantes para as mães e também para a sociedade como um todo é a possibilidade das crianças crescerem livres da cárie dentária, ou seja, a doença como muitas outras da infância pode e deve ser evitada. Dentre as mães entrevistadas neste estudo, mais da metade (57%) não acreditam nessa possibilidade e somando aquelas que não souberam responder, a porcentagem aumenta para 58,5%. Apenas 41,3% delas sabem ou acreditam na prevenção, muito pouco para uma doença que pode ser totalmente descartada da vida das crianças. Este dado pode ser justificado pela falta de transferência de informação sobre o assunto às mães.

Outra questão importante é o conhecimento sobre o caráter transmissível da doença pelas mães para que possam adotar condutas saudáveis e abolir as inadequadas para esse fim. Neste estudo, 31% das mães não consideraram a transmissibilidade da doença e 20% não souberam responder totalizando 51% da amostra pesquisada. As consequências clínicas da doença estão bem difundidas dentro desta amostra, pois 36,8% apontaram os manchamentos, 18,5% as cavidades dentárias e 22% associaram mais de uma resposta, demonstrando o conhecimento sobre o prejuízo real da doença cárie dentária.

A análise sobre os aspectos acima mencionados demonstra conhecimento insuficiente sobre a doença cárie dentária, semelhante aos achados de Tsamtsouris; Stack; Padamsee, (1986).

A etiologia simplificada da doença cárie dentária é conhecida pelas mães analisadas pois 59,3% indicaram o açúcar como agente etiológico da doença. Apesar da alta escolaridade aqui apresentada, pode-se dizer que as mães pouco sabem diferenciar vírus, bactéria, fungo ou bacilo, portanto, a minoria (7,1%) atribuiu a etiologia a este grupo.

De um modo geral, pode-se dizer que as mães sabem mais sobre a doença, sua etiologia e características clínicas, do que sobre a sua prevenção, desconhecendo fatores relevantes à conduta atual como caráter transmissível e inevitabilidade da doença, essenciais para a promoção da saúde bucal. Tais resultados são semelhantes aos de Barreira et al. (1997); Barbosa e Chelotti (1997); Alves; Montandon; Menezes (1998); Blen; Narendran; Jones (1999); Santos-Pinto et al. (2001).

## **6.9 Alimentação infantil e higiene bucal**

Na amostra analisada 80% das crianças realizaram ou estavam realizando o aleitamento natural. Em contra partida, 67,1% do total utilizaram aleitamento artificial por meio de mamadeiras, o que significa dizer que as mães associaram o aleitamento natural ao artificial (mamadeiras). O hábito de adormecer com a mamadeira na boca, um dos fatores de risco à cárie de mamadeira, felizmente foi encontrado somente em 3% da amostra. Isto não significa dizer que essas crianças não se alimentam durante a noite, pois quando questionadas



sobre esse hábito, encontrou-se 35,8% não realizando a alimentação noturna com mamadeira, ou seja, metade das 67,1% que relataram o uso da mamadeira. Aqui, da mesma forma que Todd e Gelbier (1990); Rosa (1996); Barreto e Corrêa (1999) encontrou-se a presença do aleitamento noturno.

A respeito da higiene bucal, a maioria (85%) das mães realiza a limpeza da boca/dentes de seus filhos, sendo elas responsáveis diretas por este procedimento (66,9%). Estes resultados indicam mais uma vez que a higiene bucal é realizada e está bem difundida entre as mães (BLINKHORN, 1978; BLINKHORN, 1981; BARBOSA; CHELOTTI, 1997; HABIBIAN et al., 2001). Outro dado importante e favorável é o número de limpezas/dia no qual 71,8% delas relataram realizar a higiene (bucal) de uma a três vezes por dia. Como fonte de informação maior para esse procedimento, as mães citaram os profissionais da saúde com 44,4%, demonstrando a importância das orientações médicas e odontológicas às mães de crianças na faixa etária estudada.

Na associação realizada entre as mães que higienizam e as que realizaram visita ao dentista, encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) em favor destas, ou seja, nesta amostra as crianças que limpam mais a boca/dentes são aquelas que foram ao dentista. A higiene bucal estabelecida durante os dois primeiros anos de vida favorece a manutenção da saúde bucal (SHEIHAM, 1992; WENDT et al., 1996; SEERING; MAINARDI; OLIVEIRA, 1998; WEINSTAIN, 1998; BLINKHORN, 1998; SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

### **6.10 Escolaridade das mães e conhecimento sobre saúde bucal**

A escolaridade materna ao contrário de outros trabalhos (SAITO; DECCIO; SANTOS, 1999; FRAIZ, 2001) não foi significativa no que diz respeito ao conhecimento materno e a realização da higiene bucal das crianças. Vale ressaltar que a escolaridade da amostra estudada pode ser considerada alta, pois 25,8% com o 1º grau completo e 22,8% com o 2º incompleto elevam a escolaridade para 48,6% da amostra pesquisada com no mínimo 8 anos de estudo, o que pode justificar este achado. A escolaridade também foi associada ao conhecimento a respeito da transmissibilidade da cárie dentária e o resultado encontrado não foi significativo ( $p > 0,001$ ). Nesta pesquisa a escolaridade materna não agiu como fator determinante na conduta e conhecimento em relação à saúde bucal. Um dado que pode ser acrescentado à esta discussão é que em Florianópolis 62,9% das pessoas têm o 2º grau completo, justificando a alta escolaridade encontrada.

### **6.11 O papel dos profissionais na saúde bucal infantil**

A importância do médico pediatra na saúde bucal das crianças foi reforçada quando associou-se a informação médica recebida com a visita ao dentista. Apesar dos médicos aqui entrevistados ainda encaminharem pouco as crianças ao atendimento odontológico precoce, sua orientação foi decisiva para as mães levarem seus filhos ao dentista (diferença

estatisticamente significante). O baixo encaminhamento pode estar associado a falta de relacionamento entre a pediatria e odontopediatria aqui constatada.

A importância do contato precoce com o dentista também ficou claramente marcado na amostra investigada, pois as mães que levaram seus filhos ao dentista realizam mais a higiene bucal deles e conhecem o caráter transmissível da doença cárie dentária, conduta e conhecimento, importantes para a prevenção das doenças bucais na infância. Ambas apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

Fica evidenciado ainda o papel dos profissionais da saúde exercendo a sua função como prestadores de orientação e informação, pois as mães que relataram realizar mais a higiene bucal das crianças são aquelas que obtiveram a informação por estes profissionais (diferença estatisticamente significante).

Este trabalho buscou uma comparação entre as condutas médica e materna visando à promoção de saúde bucal na infância. A atitude dos profissionais envolvidos com a saúde infantil deve sofrer modificações buscando um atendimento integral e não fragmentado ou por especialidades. Aqueles profissionais que se dedicam ao atendimento infantil devem ocupar os seus lugares e assumir suas responsabilidades. A saúde é direito das crianças, diz a Constituição e cabe também a nós mantê-la. Orientações simples administradas na época correta podem influenciar diretamente na saúde infantil. A criança deve ser atendida visando a manutenção da saúde, a prevenção das doenças e o equilíbrio familiar. Como podem os pais saírem para trabalhar deixando seus filhos em casa doentes por doenças passíveis de prevenção? Por quê algumas crianças podem crescer livres de cárie enquanto outras são obrigadas a vivenciar a sua dor e desconforto? Talvez as diferenças sociais respondam em parte estas perguntas, entretanto esta mesma diferença social nos possibilitou a entrada numa universidade, fato que nos permitiria diminuir as sequelas na saúde infantil. Observando-se o número de cursos de Odontologia há 20 ou 30 anos atrás poderia-se atribuir à falta de profissionais no mercado para atender uma população tão grande, entretanto hoje são tantos

os cursos de graduação no Brasil que não conseguimos contá-los e mesmo assim a realidade em relação à saúde bucal sofre mudanças lentamente. Não estaria na hora de mudar o perfil do cirurgião-dentista? Talvez até, arrancá-lo de dentro dos consultórios odontológicos! Por quê não ensinamos também aos nossos alunos a profissão fora dos consultórios? Se os índices da doença cárie dentária diminuíram nos últimos 10 anos e somente uma minoria é responsável por crianças severamente afetadas (grupos de risco), por quê não desviamos o foco de atenção para elas? Deveria o profissional do ano 2002 ser tão parecido quanto ao das décadas anteriores? As mudanças são necessárias e urgentes, a Odontologia enquanto classe tem que ocupar o seu espaço na saúde, seja nos hospitais, seja na comunidade, seja na política ou seja na educação. Os pais querem ver seus filhos saudáveis e quando corretamente orientados e informados agem no sentido da saúde.

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa nos permitem concluir que:

- 1) A frequência das crianças na faixa etária estudada que visitaram o dentista foi de 23,3%. Essa visita odontológica foi importante para as mães realizarem a higiene bucal de seus filhos e conhecerem o caráter transmissível da doença cárie dentária.
- 2) O motivo principal que levou essas crianças, segundo as mães, ao dentista foi a prevenção.
- 3) Os médicos, sob a ótica materna, recomendam pouco as crianças na faixa etária de 0 a 36 meses para o atendimento odontológico precoce, porém, a idade por eles indicada é a correta, ou seja, durante o primeiro ano de vida.
- 4) A recomendação médica é importante para as mães levarem seus filhos para o atendimento odontológico nos primeiros anos de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>2</sup>

- ABRAMS, R. G. ; JOSELL, S. D. The role of pediatrician in oral health care. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.38, n.5, p.1049-1052, Oct. 1991.
- AGUIAR, A. D.; SANTOS, J. A.; BÖNECKER, M. J. S. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de crianças de 0-36 meses do município de Vila Velha-ES. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.2, n.6, p.111-118, 1999.
- AL-SHALAN, T. A.; ERICKSON, P. R.; HARDIE, N. A. Primary incisor decay before age 4 as a risk factor for future dental caries. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.19, n.1, p.37-41, Jan./Feb. 1997.
- ALVES, T. D. B.; MONTANDON, E. M.; MENEZES, V. A. Levantamento epidemiológico em crianças de 0 a 30 meses na cidade de Recife-PE. Parte I: Avaliação da dieta e higiene bucal. **ROBRAC**, Goiânia, v.7, n.23, p.44-49, jun. 1998.
- AYHAN, H.; SUSKAN, E. ;YILDIRIM, S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Birmingham, v.20, n.3, p.209-212, Spring 1996.
- BARBOSA, T. R. C. L.; CHELOTTI, A. Avaliação do conhecimento de aspectos da prevenção e educação em odontologia, dentição decídua e oclusão, em gestantes e mães até anos pós-parto, como fator importante na manutenção da saúde bucal da criança. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, São Paulo, v.15, p.13-17, mar. 1997. Número especial.
- BARREIRA, A. K. et al. Percepção dos pais quanto à saúde bucal na Clínica de Odontopediatria da FOUFBA. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, Salvador, n.16/17, p.13-20, jan./ dez.1996-1997.
- BARRETO, M. A. C.; CORRÊA, M. S. N. P. Prevalência de cárie dentária em crianças de 6 a 24 meses de idade e sua relação com alguns fatores de risco. **Rpg: Rev. Pós. Grad.**, São Paulo, v.6, n.4, p.317-322, out./dez. 1999.

<sup>2</sup> Baseada na NBR 6023: 2002 da ABNT.

BARROS, S. G. de et al. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v.15, n.3, p.215-222, jul./set. 2001.

BARROSO, S. P.; MIASATO, J. M.; GRAÇA, T. C. A. Avaliação da frequência de visitas ao pediatra X visitas ao odontopediatra em Unidade Básica de Saúde do município de Niterói-RJ. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.3, n.14, p.324-327, 2000.

BEAULIEU, E.; DUFOUR, L. A.; BEAUDET, R. Better oral health for infants and toddlers: a community based program. **J. Dent. Hyg.**, Chicago, v.74, n.2, p.131-134, Spring 2000.

BEHRENDT, A. et al. Nursing-bottle syndrome caused by prolonged drinking from vessels with bill-shaped extensions. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.68, n.1, p.47-50, Jan./Feb. 2001.

BERKOWITZ, R. J.; TURNER, J.; HUGHES, C. Microbial characteristic of the human dental caries associated with prolonged bottle feeding. **Arch. Oral Biol.**, Oxford, v. 29, n. 11, p. 949-951, 1984.

BERMAN, M. H. More on the year one dental visit. Letter to the editor. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.23, n.4, p.342, July/Aug. 2001.

BERNICK, S. M. What the pediatrician should know about children's teeth. IV. Baby-bottle syndrome. **Clin. Pediatr.( Phila)**, Glenn Head, v.10, n.4, p.243-244, Apr. 1971.

BIAN, J. Y.; ZHANG, B. X.; RONG, W. S. Evaluating the social impact and effectiveness of four-year "Love Teeth Day" campaign in China. **Adv. Dent. Res.**, Washington, v.9, n.2, p.130-133, July 1995.

BLEN, M.; NARENDRAN, S.; JONES, K. Dental caries in children under age three attending a university clinic. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.21, n.4, p.261-264, July/Aug. 1999.

BLINKHORN, A. S. Influence of social norms on tooth-brushing behavior of preschool children. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.6, n.5, p.222-226, Sept. 1978.

\_\_\_\_\_. Dental health education: what lessons have we ignored? **Br. Dent. J.**, London, v.184, n.2, p.58-59, Jan. 1998.

BLINKHORN, A. S. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers-sociological implications. **Int. Dent. J.**, London, v.31, n.1, p.14-22, Mar.1981.

BÖNECKER, M. J. S.; GUEDES-PINTO, A C.; DUARTE, D. A. A abordagem odontopediátrica em clínica de bebês. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.49, n.4, p.307-310, jul./ago. 1995.

BÖNECKER, M. J. S.; GUEDES-PINTO, A. C.; WALTER, L. R. de F. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.51, n.6, p.535-540, nov./dez. 1997.

BOWEN, W. H.; PEARSON, S. K. Effect of milk cariogenesis. **Caries Res.**, Basel, v.27, n.6, p.461-466, Nov./Dec. 1993.

CAUFIELD, P.W.; CUTTER, G. R.; DASANAIAKE, A. P. Initial acquisition of mutans Streptococci by infants: evidence of a discrete window of infectivity. **J. Dent. Res.**, Washington, v.72, n.1, p.37-45, Jan./Feb. 1993.

CAVALCANTI, A. L.; ALBUQUERQUE, A. T.; SANTANA, M. Conhecimentos e atitudes do médico pediatra das cidades de João Pessoa e Campina Grande com relação à saúde bucal. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v.35, n.6, p.411-413, jun. 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. Tradução Sílvia Ribeiro Rosa. São Paulo: HUCITEC, 1994.

COOLEY, R. O.; SANDERS, B. J. The pediatrician's involvement in prevention and treatment of oral disease in medically compromised children. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.38, n.5, p.1265-1288, Oct. 1991.

CRALL, J. J. Promotion of oral health and prevention of common pediatric dental problems. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.33, n.4, p.1252-1256, Oct. 1986.

CRALL, J. J.; EDELSTEIN, B.; TINANOFF, N. Relationship of microbiological, social and environmental variables to caries status in young children. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.12, n.4, p.233-236, July/Aug.1990.

CRESPIN, J. O pediatra: super-homem ou ser humano? **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v.25, n.3, p.75-80, jul.1990.

CROLL, T. P. A child's first dental visit: a protocol. **Quintessence Int.**, Berlin, v.15, n.6, p.625-637, June 1984.

\_\_\_\_\_. The need for early infant and toddler dental care: a pictorial argument. **Quintessence Int.**, Berlin, v.19, n.10, p.719-730, Oct. 1988.

CUNHA, R. F. et al. Dentistry for babies: a preventive protocol. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.67, n.2, p.89-92, Mar./Apr. 2000.

DILLEY, G. J.; DILLEY, D. H.; MACHEN, J. B. Prolonged nursing habit: a profile of patients and their families. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.47, n.2, p.102-108, 1980.



DOUGLAS, J. M. et al. Dental caries patterns and oral health behaviors in Arizona infants and toddlers. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.29, n.1, p.14-22, Feb. 2001.

EDELSTEIM, T. M. A interação mãe-bebê: os sintomas psicossomáticos e o pediatra. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v.34, n.12, p.857-861, dez. 1998.

ELVEY, S. M.; HEWIE, S. P. The pediatrician's dental evaluation. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.29, n.3, p.761-769, June 1982.

ERICKSON, P. R.; THOMAS, H. F. A survey of the American Academy of Pediatric Dentistry membership: infant oral health care. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.19, n.6, p.17-21, Sept./Oct. 1997.

ESTEVES, I. M.; NAKAMA, L.; SALIBA, J. A. Pediatria e odontopediatria: busca de um protocolo de ação integrada. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 10., 1996, Águas de São Pedro. **Anais...** São Paulo: SBPqO, 1996. p.85. Resumo 99.

FARIA, C. de F.; OLIVEIRA, C. M. R. de; PORDEUS, I. A. Avaliação de conhecimentos e atitudes relacionadas à prevenção em odontopediatria: um estudo com gestantes, mães e profissionais da área médica. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v.33, n.2, p.121-132, jul./dez. 1997.

FASS, E. Is bottle feeding of milk a factor in dental caries? **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.29, p.245-251, 4. quar. 1962.

FERFERBAUM, S. O pediatra como agente na prevenção das dificuldades emocionais no desenvolvimento da criança. **Pediatria**, São Paulo, v.18, n.4, p.214-225, jun. 1996.

FERREIRA, S.H.; KRAMER, P. F.; LONGONI, M. B. Idade ideal para a primeira consulta. **RGO**, Porto Alegre, v.47, n.4, p. 236-238, out./dez. 1999.

FIGUEIREDO, M. C.; PALMINI, A. L.; RODRIGUES, R. M.A. A importância da interação pediatra-odontopediatra no atendimento integral a crianças. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo**, Passo Fundo, v.2, n.2, p.11-18, jul./dez. 1997.

FIGUEIREDO, M. C.; ROSITO, D. B.; MICHEL, J.A. Avaliação de 07 anos de um programa odontológico para bebês com bases educativa, preventiva e restauradoras. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.1, n.2, p.34-40, abr./jun. 1998.

FIGUEIREDO, M. C.; FALSTER, C. A. A cárie dentária como uma doença infecciosa transmissível. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo**, Passo Fundo, v.2, n.1, p.23-132, jan./jun. 1997.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Gabinete de Planejamento. Informações

**Sócio-econômicas de Florianópolis.** Florianópolis: O Gabinete, 2001. Não paginado.

FONSECA, Y. P. ; SANT'ANNA, G. R.; SUGA, S. S. Caso clínico: a 1ª visita ao consultório dentário. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** , São Paulo, v.46, n.4, p.825-827, jul./ago. 1992.

FRAIZ, F. C. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. **Pesqui. Odontol. Bras.** ,São Paulo, v.15, n.3, p.201-207, jul./set. 2001.

FREIRE, M. C.M. ;MACEDO, R. A.; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v.14, n.3, p.303-311, jul./set. 2000.

FREIRE, M. do C.; MELO, R. B. de. Assistência à saúde bucal nas creches de Goiânia. **ROBRAC**, Goiânia, v.6, n.18, p.4-8, jun. 1996.

FREIRE, M. do C. M. ; MELO, R. B. de M.; SILVA, S. A. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia – GO, Brazil. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 24, n.5, p.357-361, Oct. 1996.

FRISSE, G. M.; BEZERRA, A. C.B.; TOLEDO, O. A. Correlação entre hábitos alimentares e cárie dentária em crianças de 06 a 36 meses de idade. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.1, n.2, p.18-26, abr./jun. 1998.

FUJIMOTO, E.; BASSO, E. C. B.; CHELOTTI, A. A importância da interação médico-odontológica na promoção de saúde bucal ao paciente infantil. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v.15, n.4, p.195-199, dez. 1997.

GARBELINI, M. L.; PINTO, V. G.. Bebê-Clínica: prevenção em saúde bucal a partir do nascimento. **RGO**, Porto Alegre, v.4, n.2, p.115-118, mar./abr. 1996.

GIFT, G.; MILTON, B.; WALSH, V. Physicians and caries prevention: results of a physician survey on preventive dental services. **J. Am. Med. Assoc.** , Chicago, v. 252, n.11, p.1447-1448, Sept. 1984.

GODOY, C.V. C.; RABELO, S. B.; VASCONCELOS, M. Atitudes dos pediatras em relação à saúde bucal de crianças de 0-36 meses. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 16., 1999, Águas de São Pedro. **Anais...** São Paulo: SBPqO, 1999. p.136. Resumo 139.

GOEPFERD, S.J. An infant oral health program: the first 18 months. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.9, n.1, p.8-12, Jan./Feb. 1987.

\_\_\_\_\_. Infant oral health: a rationale. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.53, n.4, p.256-260, July/Aug. 1986.

GONÇALVES, J. P.; KNUPP, R. R. S. Avaliação do conhecimento dos pediatras sobre saúde oral na primeira infância. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.3, n.16, p.495-499, 2000.

GRIFFEN, A. L.; GOEPFERD, S. J. Preventive oral health care in infant, child, and adolescent. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.38, n.5, p.1209-1226, Oct. 1991.

HABIBIAN, M. et al. Dietary habits and dental health over the first 18 months of life. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.29, n.4, p.239-246, Aug. 2001.

HAMILTON, F. A.; DAVIS, K. E.; BLINKHORN, A.S. An oral health promotion programme for nursing caries. **Int. J. Paediatr. Dent.**, Oxford, v.9, n.4, p.195-200, Sept. 1999.

HARRISON, R. et al. Feeding practices and dental caries in an urban canadian population of vietnamese preschool children. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.64, n.2, p.112-117, Mar./Apr.1997.

HELUY, D.; POMARICO, I. Prevalence of children at age 12-48 months with nursing caries at Federal University of Rio de Janeiro. **J. Dent. Res.**, Washington, v.74, n.3, p.789, 1995.

HERMAN, N. G. An idea that works. NYU Harris Infant Dental Education Area. **NY State Dent. J.**, New York, v.61, n.2, p.26-29, Feb. 1995.

HERRMANN, H. J.; ROBERTS, M. W. Preventive dental care: the role of the pediatricians. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v.80, n.1, p.107-110, July 1987.

HOOD, C. A ; HUNTER, M. L. ; KINGDON, A. Demographic characteristics, oral health knowledge and practices of mothers of children aged 5 years and referred for extraction of teeth under general anaesthesia. **Int. J. Paediatr. Dent.**, Oxford, v.8, n.2, p.131-136, June 1998.

HUNTER, M. L. et al. Oral health advice: reported experience of mothers of children aged 5 years and referred for extraction of teeth under general anaesthesia. **Int. J. Paediatr.**, Oxford v.8, n.1, p.13-17, Mar. 1998.

ISMAIL, A. I. Prevention of early childhood caries. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.26, n.1, p.49-61, 1998. Supplement.

JOHNSEN, D. Characteristics and background of children with nursing caries. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.4, n.3, p.218-224, Sept. 1982.

\_\_\_\_\_. The role pediatrician in identifying and treating dental caries. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.38, n.5, p.1173-1181, Oct. 1991.

JONES, C. M. et al. Creating partnerships for improving oral health of low-income children. **J. Public Health Dent.**, Richmond, v.60, n.3, p.193-196, Summer 2000.

JONES, S.; HUSSEY, R. ; LENNON, M. A. Dental health related behaviors in toddlers in low and high caries areas in St Helen, North West England. **Br. Dent. J.**, London, v.181, n.1, p.13-17, July 1996.

KOMORI, R. M. M. et al. A necessidade de prevenção da cárie nas crianças. Programa japonês de prevenção da cárie dentária e como aplicá-lo ao nosso meio. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.45, n.4, p.557-559, jul./ago. 1991.

KORANYI, K.; RASNAKR, L. K.; TARNOWSKI, K. J. Nursing bottle weaning and prevention of dental caries: a survey of pediatricians. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.13, n.1, p.32-34, Jan./Feb. 1991.

KROLL, R. G.; STONE, J. H. Nocturnal bottle-feeding as a contributory cause of rampant dental caries in the infant and young. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.34, n.6, p.454-459, 1967.

LANE, B. J.; SELLEN, V. Bottle caries: a nursing responsibility. **Can. J. Public Health**, Ottawa, v.77, n.2, p.128-130, Mar./Apr. 1986.

LESKE, G. S.; LESKE, C. V. The pediatrician in community dental health. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v.54, n.2, p.182-189, Aug. 1974.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2. ed. Vila Mariana, SP: Harbra, 1987. 392p.

LOS SANTOS, M. G.; TORRIANI, D. D.; BONOW, M. L.M. Conduta dos pediatras de Pelotas frente à saúde bucal das crianças. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Pelotas**, Pelotas, n.4, p.26, 1994.

MACHADO, I. et al. considerações sobre a prevenção de cárie na primeira infância. **Rev. Odontopediatr.**, São Paulo, v.1, n.3, p.1-10, jan./mar. 1994.

MADEIRA, A. D. P. F.; OLIVEIRA, A. P. G. M. de; PAIVA, S. M. de. Médicos pediatras e saúde bucal: reflexos de sua prática clínica. **Pediatr. Atual**, São Paulo, v.9, n.6, p.67-72, jun. 1996.

MARCONDES, E. A prescrição pediátrica. In: \_\_\_\_\_. **O pediatra e sua clínica particular**. 4.ed. São Paulo: Nestlé, 1988. p.28-32.

MATTILA, M.L. et al. Change in dental health and dental health habits from 3 to 5 years age. **J. Public Health Dent.**, Richmond, v.58, n.4, p.270-274, Fall 1998.

MATTOS-GRANER, R. O. et al. Caries prevalence in 6-36-month-old brazilian children. **Community Dent. Health**, Houndsmills, v.13, n.2, p.96-98, June 1996.

MEDEIROS, U. V. de. Atenção odontológica para bebês. **Rev. Paul. Odontol.**, São Paulo, v.15, n.6, p.18-27, nov./dez. 1993.

MEDEIROS, U. V.; SOUZA, M. I. C.; FONSECA, C. T. Prevalência de cáries em pacientes bebês. **J. Bras.Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.1, n.3, p.23-34, jul./set. 1998.

MENESES, M. T. V. **O médico-pediatra de Belo Horizonte e a saúde bucal do bebê**. 2001. 127f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)- Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MILLER, R. E.; ROSENSTEIN, D. J. Children's dental health: overview for the physician. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.29, n.3, p.429-432, June 1982.

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

MODESTO, A.; VIEIRA, A. R. Prevenção em odontologia. **Pediatr. Atual**, São Paulo, v.7, n.3, p.86-97, maio/jun. 1994.

MONTANDON, E. M.; ALVES, T. D. B. ; MENEZEZ, V. A. Levantamento epidemiológico em crianças de 0 a 30 meses na cidade de Recife-PE. Parte II: prevalência de patologias bucais. **ROBRAC**, Goiânia, v.7, n.24, p.32-36, dez. 1998.

MORITA, M. C.; WALTER, L. R. F.; GUILLAIN, M. The prevalence of dental caries in brazilian children aged 0 to 36 months. **ROBRAC**, Goiânia, v.2, n.5, p.17-19, dez. 1992.

MOURADIAN, W. E. The face of a child: children's oral health and dental education. **J. Dent. Educ.**, Washington, v.65, n.9, p.821-831, Sept. 2001.

MULLER, M. Nursing-bottle syndrome: risk factors. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.63, n.1, p.42-50, Jan./Feb.1996.

NOWAK, A. J. Rationale for timing of the first oral evaluation. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.19, n.1, p.8-11, Jan. 1997.

OLIVEIRA, J. F. de et al. Contribuição ao estudo do aleitamento materno : enfoque anticariogênico. **Odontol. Mod.**, São Paulo, v.17, n.9, p.6-9, set. 1990.

OLIVEIRA, J. M. L. et al. Prevalência de cárie de mamadeira em crianças de 13 a 48 meses de idade, na cidade de Florianópolis – Santa Catarina. **Rev. ABOPREV**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.30-39, 2000.

O'SULLIVAN, D. M. ; TINANOFF, N. Maxillary anterior caries associated with increased caries risk in other primary teeth. **J. Dent. Res.**, Washington, v.72, n.12, p.1577-1580, Dec. 1993.

PAIVA, M.; BEZERRA, V. L.; TOLEDO, O. A. O pediatra e a saúde bucal da criança. **RGO**, Porto Alegre, v.38, n.2, p.96-100, mar. 1990.

PAIVA, S. M. Médicos pediatras e saúde bucal: reflexos e sua prática clínica. **Pediatr. Atual**, São Paulo, v.9, n.6, p.76-72, jun. 1996.

PAIVA, S. M.de; PERÊT, L. R. de C. A.; GONÇALVES, D. H. A. Atendimento a bebês: um programa para saúde pública. **RGO**, Porto Alegre, v.42, n.3, p.174-175, maio/jun. 1994.

PALMINI, A. L.; ASSUMPÇÃO, R. M. R.; FIGUEIREDO, M. C. A importância da interação pediatra-odontopediatra no atendimento integral à criança. In : REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 13.,1996, Águas de São Pedro. **Anais...** São Paulo: SBPqO, 1996. p.85. Resumo 100.

PETERSEN, P. E. et al. Dental knowledge, attitudes and behavior among Kuwaiti mothers and school teachers. **J. Pedod.** , Boston, v.14, n.3, p.158-164, Spring 1990.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000.

PORTILLO, J. A.C.; PAES, A. M.C. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, Brasília, v.1, n.1, p.75-88, jan./jun. 2000.

PROGRAM TO inform phisicians on role in caries prevention. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.98, n.4, p.607-608, Apr. 1979.

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

RAMOS-GOMEZ, F. J.; SHEPARD, D. S. Cost-effectiveness model for prevention of early childhood caries. **J. Calif. Dent. J.**, Los Angeles, v.27, n.7, p.539-544, July 1999.

REISINE, S.; LITT, M. Social and psychological theories and their use for dental practice. **Int. Dent. J.**, London, v.43, n.3, p. 279-287, June 1993. Supplement 1.

RIBEIRO, L. P.; MODESTO, A.; RIBEIRO, I. P. Conhecimentos e atitudes de alguns pediatras da cidade do Rio de Janeiro sobre aspectos de saúde oral do bebê. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.2, n.9, p.345-349, 1999.

RICAS, J. et al. A Educação médica continuada de pediatras de Minas Gerais. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.9, n.1, p.33-38, jan./mar. 1999.

RIPA, L. W. Nursing caries: a comprehensive review. **Pediatr. Dent.** , Chicago, v.10, n.4, p.268-282, Dec. 1988.

\_\_\_\_\_. The role of the pediatrician in dental caries detection and prevention. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v.54, n.2, p.176-182, June/Aug. 1974.

ROSA, F. B. de. Projeto para um sorriso feliz: programa de orientação de prevenção para mães. **Rev. ABO Nac.** , Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.36-39, fev./mar. 1996.

ROSENBERG, E. M.; NICO, M. A. N. O diagnóstico dos distúrbio de aprendizagem e a equipe multidisciplinar: qual o papel do pediatra? **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v.28, n.1, p.41-44, fev. 1992.

ROSSOW, I.; KJAERNES, V.; HOLST, D. Patterns of sugar consumption in early childhood. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.18, n.1, p.12-16, Feb. 1990.

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

SANCHES, O.M. et al. Physicians views on pediatric preventive dental care. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.19, n.6, p.337-383, Sept./Oct. 1997.

SANTOS, M.; RODRIGUES, C. Relationship between pediatricians and preventive dentistry. **J. Dent. Res.**, Washington, v.74, n.3, p.789, 1995.

SANTOS-PINTO, L. dos et al. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal ? **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.4, n.20, p.429-434, 2001.

SCAVUZZI, A. I. F. et al. O papel do pediatra na promoção de saúde bucal do bebê, em Feira de Santana-BA. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, Salvador, v.14-15, p.22-29, 1994-1995.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez : uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, Salvador, v.18, p.46-52, jan./jun. 1999.

SCHALKA, M. M. S. **O perfil do médico pediatra da cidade de São Paulo em função de seu conhecimento em promoção de saúde bucal.** 1997. 123f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia , Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHALKA, M. M. S.; RODRIGUES, C. R. M. D. A importância do médico pediatra da promoção da saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.2, p.179-186, abr. 1996.

SCHULTE, J. R.; DRUYAN, M. E.; HAGEN, J. C. Early childhood tooth decay: pediatric interventions. **Clin. Pediatr. (Phila)**, Glenn Head, NY, v.31, n.12, p.727-730, Dec. 1992.

SEERIG, L. M.; MAINARDI, A. P. R.; OLIVEIRA, M. D. M. Cárie dentária em bebês. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo**, Passo Fundo, v.3, n.1, p.13-22, jan./jun. 1998.

SEGUIM, C. A consulta pediátrica: um lugar privilegiado para a observação da relação mãe-bebê. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v.34, n.7, p.428-430, jul. 1998.

SHEIHAM, A. The role of the dental team in promoting dental health and general health through oral health. **Int. Dent. J.**, London, v.42, n.4, p.223-228, Aug. 1992.

SHELTON, P. G.; FERRETI, G. A. Maintaining oral health. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.29, n.3, p.653-668, June 1982.

SILVA, L. C.; LOPES, M. N.; MENEZES, J. V. N. B. Postura de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba-PR em relação à saúde bucal de seus futuros bebês. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.2, n.8, p.262-266, 1999.

SILVEIRA, F. et al. Saúde bucal: comparação entre condutas de pediatras e conteúdo dos livros de Pediatria. **Pesqui. Odontol. Bras.**, São Paulo, v.14, p.64, 2000. Suplemento.

SILVER, D. H. A comparison of 3 years-old caries experience in 1973, 1981 and 1989 in a Hertfordshire town, related to family behavior and social class. **Br. Dent. J.**, London, v.172, n.7, p.191-197, Mar. 1992.

STEWART, D. C. L. et al. Utilization of dental services and preventive oral health behaviors among preschool-aged children from Delaware. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.21, n.7, p.403-407, Nov./Dec. 1999.

TAN, R.T.; BURKE, F.J.T. Response rates to questionnaires mailed to dentists. **Int. Dent. J.**, London, v.47, n.6, p.349-354, 1997.

TAPPER-JONES, L. et al. Doctor's attitudes towards patient education in the primary care consultation. **Health Educ. J.**, London, v.49, n.2, p.47-50, 1990.

THOMAS, H. F. First dental visit, first birthday: a rationale and protocol for infant oral health care. **Tex. Dent. J.**, Dallas, v.114, n.1, p.15-19, Jan. 1997.

TODD, R. ; GELBIER, S. Dental caries prevalence in vietnamese children and teenagers in three London Boroughs. **Br. Dent. J.**, London, v.168, n.1, p.24-26, Jan. 1990.

TSAMTSOURIS, A.; GRAVIS, V. Survey of pediatricians attitudes towards pediatric dental health. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Birmingham, v.14, n.3, p.152-164, Spring 1990.

TSAMTSOURIS, A.; STACK, A. ; PADAMSEE, M. Dental education of expectant parents. **J. Pedod.**, Birmingham, v.10, n.4, p.309-322, Summer 1986.



TWETMAN, S.; GARCIA-GODOY, F.; GOEPFERD, S. J. Infant oral health. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.44, n.3, p.487-505, July 2000.

VELASCO, L. F. L. et al. Protocolo alimentar do bebê de zero a três anos de idade. **Rev. Odontopediatr.**, São Paulo, v.3, n.2, p.133-139, jul./set. 1993.

WALDMAN, H. B.; PERLMAN, S. P. Are we reaching very young children with needed dental services ? **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.66, n.6, p.390-394, Nov./Dec. 1999.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**. Londrina: Artes Médicas, 1996.

WALTER, L. R. F.; NAKAMA, R. Prevenção da cárie dentária através da identificação, determinação e controle dos fatores de risco em bebês. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.1, n.3, p.92-99, jul./set. 1998.

WANDERA, A.; FEIGAL, R. J.; GREEN, T. Preparation and beliefs of graduate of a predoctoral infant oral health clinical program. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.20, n.5, p.331-335, 1998.

WATT, R. G. A national survey of infant feeding in asian families: summary of findings relevant to oral health. **Br. Dent. J.**, London, v.188, n.1, p.16-20, Jan. 2000.

WEINSTEIN, P. Public health issues in early childhood caries. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.26, n.1, p.84-90, 1998. Supplement.

WEINTRAUB, J. A. Prevention of early childhood caries: a public health perspective. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.26, n.1, p.62-66, 1998. Supplement.

WEINSTEIN, P.; RIEDY, C. A. The reliability and validity of the RAPIDD scale: readiness assessment of parents concerning infant dental decay. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.68, p.129-142, Mar./Apr. 2001.

WENDT, L-K.; HALLONSTEN, A-L.; KOCH, G. Caries in one and two year old children living in Sweden. I. A longitudinal study. Findings at three years of age. **Swed. Dent. J.**, Jonkoping, v.15, n.1, p.1-6, 1991.

\_\_\_\_\_. Oral health in pre-school children living in Sweden. II. A longitudinal study. Findings at three years of age. **Swed. Dent. J.**, Jonkoping, v.16, n.1/2, p.41-49, 1992.

WENDT, L. K. et al. Analysis of caries-related factors in infants and toddlers living in Sweden. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v.54, n.2, p.132-137, Apr. 1996.

WHITE, B. A. ; CAPLAN, D. J. ; WEINTRAUB, J. A. A quarter century of changes in oral health in the United States. **J. Dent. Educ.**, Washington, v.59, n.1, p.19-57, Jan. 1995.

ZUANON, A. C. C. et al. Quando levar a criança para a primeira visita ao dentista ? **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.4, n.20, p.321-324, jul./ago. 2001.

## **ANEXOS**

## ANEXO 01

## QUESTIONÁRIO 1 – Médicos

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: M( ) F( )
3. Residente em pediatria: ( )sim ( )não
4. Há quantos anos terminou a residência em pediatria médica:
  - ( ) menos de 5 anos
  - ( ) entre 5 e 10 anos
  - ( ) entre 11 e 15 anos
  - ( ) entre 16 e 20 anos
  - ( ) mais de 20 anos
  - ( ) não realizou
  - ( ) está cursando
5. Locais principais de atuação:
  - ( ) consultório particular
  - ( ) hospital particular
  - ( ) maternidade particular
  - ( ) hospital infantil público
  - ( ) maternidade pública
  - ( ) posto de saúde
  - ( ) hospital universitário
6. Quais as faixas etárias mais atendidas por você (em meses) ?
  - ( ) 0 – 24 meses ( ) 25 – 48 meses ( ) 49 – 72 meses ( ) + de 73 meses
7. Teve ou está tendo algum conhecimento sobre promoção de saúde bucal?
  - ( ) sim ( ) não
8. Em caso afirmativo, qual foi a fonte do aprendizado?
  - ( ) graduação ( ) residência ( ) especialização
  - ( ) pós-graduação ( ) mídia ( ) congressos, palestras, cursos
  - ( ) outros \_\_\_\_\_
  - ( ) não sabe ( ) não teve
9. Como você classifica seu conhecimento nessa área?
  - ( ) adequado ( ) inadequado ( ) não sabe se está adequado
10. Você transmite seus conhecimentos sobre saúde bucal para as mães e/ou responsáveis pelos seus pacientes?
  - ( ) sim ( ) não ( ) às vezes ( ) quando a mãe pergunta
11. Você acha possível uma criança crescer livre da doença cárie dental ?
  - ( ) sim ( ) não ( ) não sabe

12. Você examina a boca dos seus pacientes?  
 sim       sempre       às vezes       não       quando a mãe pede
13. O que você costuma examinar na boca?  
 amígdala       gengivas       dentes       palato       bochechas  
 não examina
14. Com o que você examina a boca?  
 espátula       espelho clínico       dedo       lanterna  
 outros \_\_\_\_\_  não examina
15. Como você faz o diagnóstico da cárie dental?  
 cavidade no dente  
 manchas brancas nos dentes  
 manchas escuras nos dentes  
 não sei  
 não realizo
16. Quando você recomenda a primeira visita ao odontopediatra ?  
 ao nascimento  
 aos 6 meses  
 aos 12 meses  
 entre 1 e 2 anos  
 entre 2 e 3 anos  
 acima de 3 anos  
 outra idade \_\_\_\_\_  
 não recomenda
17. Com qual frequência você recomenda uma visita ao odontopediatra?  
 somente quando precisa  
 a cada 6 meses  
 uma vez por ano  
 somente quando está com dor  
 outros \_\_\_\_\_  
 não recomenda  
 não sei
18. Qual a sua opinião a respeito do interrelacionamento entre o pediatra e o odontopediatra ?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 
- não tem opinião sobre o assunto
19. Você costuma manter contato com o odontopediatra dos seus pacientes?  
 sim       não       às vezes  
 depende \_\_\_\_\_

## ANEXO 02

## QUESTIONÁRIO 2 – Mães

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Idade da mãe: \_\_\_\_\_

2. Idade do seu filho(a): \_\_\_\_\_

3. Cidade onde mora: \_\_\_\_\_

4. Grau de instrução da mãe

 sem instrução 1º grau  1º grau incompleto 2º grau  2º grau incompleto superior  superior incompleto pós-graduação curso técnico ou profissionalizante

5. Número de filhos: \_\_\_\_\_

6. Seu filho já foi no médico ?  sim  não

7. Qual o motivo da(s) consulta(s) ?

 controle, rotina  doenças  Outros: \_\_\_\_\_  nunca foi

8. Onde você leva seu filho para ser atendido pelo médico?

 consultório particular hospital particular maternidade particular hospital infantil público maternidade pública posto de saúde hospital universitário outros: \_\_\_\_\_ não sabe nunca foi

9. Quantas vezes por ano seu filho vai ao médico ?

 todo o mês  a cada 2 meses a cada 3 meses  a cada 6 meses uma vez por ano  não sabe10. Você já levou seu filho no dentista ?  sim  não11. Quantas vezes ? \_\_\_\_\_  não levou  não lembra

12. Qual o motivo da consulta ?  
 prevenção     cárie  
 outro \_\_\_\_\_  
 não lembra     não levou
13. O médico falou sobre “levar seu filho ao dentista”?  
 sim     não     não lembra     nunca foi no médico
14. Com qual a idade que o médico falou para levar seu filho ao dentista?  
 ao nascimento  
 aos 6 meses = quando sair o 1º dente  
 aos 12 meses  
 entre 1 e 2 anos  
 entre 2 e 3 anos  
 acima de 3 anos  
 outra idade: \_\_\_\_\_  
 não falou a idade  
 nunca falou sobre isso  
 não lembra  
 nunca foi no médico
15. Na sua opinião, quantas vezes por ano, seu filho deve ir ao dentista ?  
 todo o mês     a cada 3 meses  
 a cada 6 meses     uma vez por ano  
 só quando tem algum problema ou dor     nunca foi  
 não sabe ou não lembra
16. Você acha possível uma criança crescer sem ter cáries ?  
 sim     não     não sabe
17. Na sua opinião, o que você acha que causa a cárie ?  
 vírus     bactéria     fungo     bacilo     açúcar  
 nenhum dos anteriores     outro: \_\_\_\_\_  
 não sabe
18. A cárie dental pode ser passada/transmitida por meio de(o)?  
 sangue     saliva  
 utensílios domésticos como garfo, faca, copo  
 chupeta, bico     outro: \_\_\_\_\_  
 não sabe     não é transmissível
19. Qual ou quais as conseqüências da cárie no dente ?  
 inflamação     infecção  
 cavidade     manchamentos  
 não sabe     outro: \_\_\_\_\_
20. Seu filho(a) é ou foi amamentado no peito ?     sim     não  
 ainda está sendo amamentado

21. Além do peito seu filho usa ou usou outro tipo de amamentação?

- Mamadeira ?                    ( ) sim    ( ) não  
 Copo ou colher?                ( ) sim    ( ) não  
 Outros: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) não usa mamadeira

22. Seu filho(a) dorme com a mamadeira na boca ?

- ( ) sim                    ( ) não  
 ( ) às vezes            ( ) não usa mamadeira

23. Você acha que a mamadeira durante a noite pode ser usada até qual idade?

- ( ) até 6 meses            ( ) até 1 ano            ( ) até 2 anos  
 ( ) até quando a criança aceitar            ( ) outra idade \_\_\_\_\_  
 ( ) não deve ser usada                        ( ) não sabe  
 ( ) não usa mamadeira                        ( ) não usa mamadeira à noite

24. Seu filho(a) usa chupeta ?    ( ) sim            ( ) não

25. Seu filho costuma limpar os dentes/boca ? ( ) sim            ( ) não

26. Quem limpa os dentes do seu filho ?

- ( ) ele(a) mesmo, sozinho                    ( ) irmão(a) mais velho(a)  
 ( ) a mãe ajuda às vezes                    ( ) a mãe ajuda sempre  
 ( ) professora                                ( ) avó  
 ( ) outra pessoa \_\_\_\_\_                ( ) não limpa

27. Quantas vezes limpa os dentes/boca do seu filho por dia?

- ( ) não limpa                    ( ) não sabe                    ( ) depois refeições ou mamadas

28. Onde você ouviu falar sobre limpar a boca do seu filho(a) ?

- ( ) TV                                ( ) revistas                    ( ) jornais  
 ( ) maternidade                    ( ) médico                    ( ) dentista  
 ( ) conta própria                    ( ) outra fonte: \_\_\_\_\_  
 ( ) não lembra                    ( ) não limpa





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

### ANEXO 03

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

As informações contidas neste documento são fornecidas pela doutoranda Joecí de Oliveira sob a orientação do Prof<sup>o</sup> Dr. Ricardo de Sousa Vieira, com o objetivo de firmar acordo por escrito, mediante o qual a pessoa (mãe, médico pediatra, residente) selecionada para a pesquisa autoriza sua participação, com pleno conhecimento da natureza da entrevista a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

#### **Título do trabalho:**

“Atitudes dos Médicos Pediatras e das mães sobre saúde bucal das crianças de 0-36 meses de idade em Florianópolis/S.C.”

#### **Objetivos:**

Conhecer a atitude dos médicos e das mães sobre saúde bucal nos primeiros anos de vida da criança ( 0-36 meses de idade).

#### **Justificativa:**

A educação odontológica (medidas preventivas e de manutenção para saúde bucal) principalmente nos primeiros anos é fundamental para que hábitos saudáveis sejam instituídos e mantidos por toda a vida do indivíduo. O grande aumento da prevalência da doença cárie dental ocorre entre 13 e 24 meses e dessa forma, torna-se imprescindível o atendimento odontológico nessa faixa etária.

Como ainda não conhecemos as atitudes em relação a saúde bucal nos primeiros anos de vida (sob a ótica materna e profissional), é necessário que mais pesquisas sejam realizadas nesse campo.

#### **Procedimentos do Estudo:**

As mães das crianças com idade entre 0-36 meses que estiverem presentes na sala de espera do ambulatório de pediatria do HU e do HI assim como os médicos pediatras e os residentes em pediatria presentes nos Hospitais, serão convidados a participar da entrevista desse estudo.

**Desconforto ou risco:**

Nenhum desconforto ou risco é esperado nesse trabalho.

**Benefícios do estudo:**

Acrescentar à literatura dados sobre as condutas materna e médica sobre a saúde bucal na faixa etária de 0-36 meses.

**Informações:**

Todos os participantes do estudo têm a garantia de sigilo e privacidade dos seus dados coletados e receberão respostas e esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada ao estudo. Para tal colocamos a disposição nossos nomes e telefones de contato: Professora Joecí de Oliveira (pesquisadora) e Professor Ricardo de Sousa Vieira (orientador) – Fone = (48)331-9920 e Fax = (48)234-8776. Disciplina de Odontopediatria do curso de graduação em Odontologia da UFSC.

**Retirada do consentimento:**

Todos os participantes do estudo têm a liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar a pesquisa.

**Consentimento pós-informação:**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, certifico que tendo lido as informações acima e suficientemente esclarecido de todos os itens pela doutoranda Joecí de Oliveira, estou plenamente de acordo com a realização deste trabalho. Assim autorizo e garanto a minha participação na pesquisa acima proposta.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2001.

\_\_\_\_\_  
assinatura



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ANEXO 04**

**Prezado Colega,**

O presente questionário é parte integrante e muito importante de uma pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Odontologia a nível de Doutorado, que está sendo desenvolvida pela Professora Joci de Oliveira sob a orientação do Professor Dr. Ricardo de Sousa Vieira. O objetivo do estudo é ouvir sua opinião e sugestões sobre a saúde das crianças na faixa etária de 0-36 meses de idade e, portanto, não existem respostas certas ou erradas.

Com base nos resultados encontrados, será possível acrescentar à literatura dados a respeito da saúde dessas crianças e planejar programas de atendimento ambulatorial à saúde bucal na Universidade e nos setores que trabalham com pediatria e odontopediatria.

O questionário vem sendo respondido por profissionais da área médica (pediatras) que atuam nos Hospitais Universitário e Infantil Joana de Gusmão e dessa forma, sua experiência no atendimento das crianças e relato das mães e pais é de grande relevância. Solicitamos sua valiosa colaboração e acrescentamos que nenhum desconforto ou risco é esperado nesse trabalho.

Agradecemos desde já sua participação!

**Profª Joci de Oliveira**  
Doutoranda em Odontopediatria da UFSC

**Informações:**

Todos os participantes do estudo têm a garantia de sigilo e privacidade dos seus dados coletados e receberão respostas e esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada ao estudo. Para tal, colocamos a disposição nossos nomes e telefones de contato: Professora Joci de Oliveira (pesquisadora) e Professor Ricardo de Sousa Vieira (orientador) – Fone: (48)331-9920 e Fax: (48)234-8776. Disciplina de Odontopediatria do curso de graduação em Odontologia da UFSC.

Esta pesquisa está de acordo com as normas da Lei 196/96 do Ministério da saúde e sob a observação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, bem como da Direção Central dos Hospitais acima citados.

**ANEXO 05**