

ROSELI APARECIDA SOUZA DELGADO

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA
ODONTOLÓGICO PREVENTIVO DE BEBÊS (0 ATÉ 3 ANOS),
NA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL (CÁRIE) DAS
CRIANÇAS, DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO
BENTO, DURANTE UM PERÍODO DE 6 ANOS.**

SANTOS

2020

ROSELI APARECIDA SOUZA DELGADO

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA ODONTOLÓGICO PREVENTIVO DE BEBÊS (0 ATÉ 3 ANOS), NA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL (CÁRIE) DAS CRIANÇAS, DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO BENTO, DURANTE UM PERÍODO DE 6 ANOS.

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Programa de Stricto Sensu de Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos, para obtenção de título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr.GustavoDuarte Mendes

Co - Orientador: Prof^aDra Elaine Marcilio Santos

**SANTOS
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA - BIBLIOTECA DA UNIMES
Bibliotecário: Angela Mª Monteiro Barbosa – CRB-8/7811.

D392a Delgado, Roseli Aparecida Souza

Avaliação do impacto do programa odontológico preventivo de bebês (0 até 3 anos), na condição de saúde bucal (cárie) das crianças da unidade de Saúde da Família São Bento, durante um período de 6 anos / Roseli Aparecida Souza Delgado. Santos, SP [s.n.], 2020 103f.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes.
Coorientador: Profª Dra.Elaine Marcilio Santos

Dissertação (Mestrado Profissional) –
Universidade Metropolitana de Santos,
Programa de Pós Graduação em Saúde e meio
Ambiente,2020.

1.Odontopediatria. 2. Odontologia preventiva.
3.Cárie dentária. I. Título

CCD 617.6

EVALUATION OF THE IMPACT OF THE PREVENTIVE DENTAL PROGRAM OF BABIES (0 TO 3 YEARS), ON THE ORAL HEALTH CONDITION (CARIES) OF CHILDREN, OF THE FAMILY HEALTH CLINIC SÃO BENTO, OVER A PERIOD OF 6 YEARS.

Keywords: • Pediatric dentistry, • Preventive dentistry, • Dental caries

Titulação: Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente

Banca examinadora:

ProfªDrª: Elaine Marcilio Santos

ProfªDrª: Sandra Kalil Bussadori

ProfªDrª: Caroline Moraes Moryama

Data da defesa: **02/06/2020**

Universidade Metropolitana de Santos
Mantida pelo Centro de Estudos Unificados Bandeirante

FUNDADORA

Prof^a. Rosinha Garcia de Siqueira Viegas

MANTENEDOR

Prof. Rubens Flávio de Siqueira Viegas

REITORIA

Prof^a. Renata Garcia de Siqueira Viegas

Reitora

Prof^a. Elaine Marcílio Santos

Pró-Reitora Acadêmica

Prof. Rubens Flávio de Siqueira Viegas Júnior

Pró-Reitor Administrativo

Prof. Gustavo Duarte Mendes

Direção Acadêmica

Coordenador do Programa de Mestrado de Saúde e Meio Ambiente

**PROGRAMA DE STRICTO SENSU EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE DA
UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS**

**BANCA EXAMINADORA E ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO
DE MESTRADO PROFISSIONAL**

A sessão pública de defesa da dissertação de mestrado profissional intitulada de “**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA ODONTOLÓGICO PREVENTIVO DE BEBÊS (0 ATÉ 3 ANOS), NA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL (CÁRIE) DAS CRIANÇAS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO BENTO, DURANTE UM PERÍODO DE 6 ANOS**”, do discente ROSELI APARECIDA SOUZA DELGADO, orientado pelo Prof. Dr. GUSTAVO DUARTE MENDES, foi realizada na data abaixo informada no anfiteatro do Programas de Stricto Sensu da Universidade Metropolitana de Santos, tendo o candidato cumprido, previamente, todas as exigências regimentais do Programa de Stricto Sensu de Saúde e Meio Ambiente, de acordo com a secretaria de pós-graduação da instituição. Realizada a apresentação da dissertação e arguição do publica do candidato, os membros da banca em reunião fechada deliberam e emitiram parecer abaixo.

Banca examinadora:	Resultado:	Assinatura
Prof ^a . Dr ^a . Elaine Marcilio Santos	(X) Aprovado () Reprovado	
Prof ^a . Dr ^a . Sandra Kalil Bussadori	(X) Aprovado () Reprovado	
Prof ^a . Dr ^a . Caroline Moraes Moryama	(X) Aprovado () Reprovado	

Homologação do resultado pelo presidente da banca examinadora:

(X) Aprovado () Reprovado

Prof. Dr. GUSTAVO DUARTE MENDES

Presidente da banca examinadora

Data da defesa: 02/06/2020

PROGRAMA DE STRICTO SENSU EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE DA UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DA DISSERTAÇÃO E DO PRODUTO

Título da dissertação: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA ODONTOLÓGICO PREVENTIVO DE BEBÊS (0 ATÉ 3 ANOS), NA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL (CÁRIE) DAS CRIANÇAS, DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO BENTO, DURANTE UM PERÍODO DE 6 ANOS.

Linha de Pesquisa: Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Doenças em Cidades Litorâneas com atividade portuária e petroquímica.

Projeto de Pesquisa do Orientador: Desenvolvimento de novos insumos e tecnologias na área de saúde e meio ambiente.

Produto(s) gerado(s): Revisão do protocolo do programa de Atenção Odontológica para Bebês da SMS da cidade de Santos, e o desenvolvimento de uma vídeo - aula direcionada aos profissionais de saúde bucal da rede da PMS, abordando as ações em saúde bucal do bebê, de forma que o programa possa ser implementado e padronizado, juntamente com a coordenação, em todas as UBS da cidade de Santos.

Classificação do Produto

Critério	Justificar
Inserção social e econômico:	O novo protocolo do programa Preventivo de Atenção Odontológica para Bebês contribuirá em favor do fator redutor de disparidade social que possam refletir na vida social das crianças, com a vantagem de que com a prática preventiva padronizada haverá diminuição de custo.
Impacto – realizado:	Melhora do entendimento dos profissionais sobre ações de saúde bucal das crianças na primeira infância nos serviços de saúde pública.
Impacto – potencial:	Disseminação de conhecimentos e técnicas para melhorar a prática preventiva odontológica com redução de cárie e hábitos deletérios nas crianças.
Aplicabilidade - Abrangência realizada:	No Programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Santos (Loco regional)
Aplicabilidade - Abrangência potencial:	Através da publicação do estudo em sites e em revistas científicas será um compartilhamento de conhecimentos em todo o território nacional.
Aplicabilidade – Replicabilidade:	A transferência do produto para outras prefeituras que tenham o mesmo objetivo poderá ser realizada.
Inovação:	Trata se de um produto que não é novo, porém fazia se necessário uma atualização com dados técnicos, baseada em estudo científico.
Complexidade:	O novo protocolo é um produto cuja tecnologia é de baixa densidade nas unidades de atenção básica, isto é, de baixa complexibilidade

PROGRAMA DE STRICTO SENSU EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE DA UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO

Este estudo foi realizado para avaliar a presença de cáries e hábitos nocivos (uso de mamadeira, chupeta e prática de chupar o dedo), em crianças de 6 a 12 anos, que tiveram atendimento precoce no Programa de Atenção Odontológica de Bebês, quando tinham a idade entre 0 – 3 anos, no serviço de Saúde Bucal da unidade de Estratégia de Saúde da Família São Bento, na cidade de Santos. Ficou demonstrado que o Programa apresentou às crianças, menores índices de cárie quando comparadas às crianças não expostas ao tratamento preventivo.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família: meus filhos e meu marido, pelo amor, participação segura e constante, compreensão nas horas ausentes, apoio e incentivo durante todo o decorrer do curso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores do curso de Mestrado da UNIMES, pela atenção com que nos transmitiram seus ensinamentos e suas experiências, na área de Saúde e Meio Ambiente.

Agradeço imensamente ao professor e orientador desta dissertação, Dr. Gustavo Duarte Mendes, pela amizade, colaboração e pelas sugestões que tanto contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Agradeço pelo apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), tendo em vista que a UNIMES tem acesso à base de periódicos das CAPES.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Santos, pelo consentimento dado para realização desta pesquisa na unidade de ESF São Bento.

Agradeço à equipe de Saúde Bucal da unidade de ESF São Bento, que de uma forma ou outra estiveram sempre disponíveis para ajudar.

Agradeço aos Agentes Comunitários de Saúde da unidade, que convocaram os pacientes.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AAPD American Academy of Pediatric Dentistry

AB Atenção Básica

CAAPP Comissão de avaliação e acompanhamento de pesquisas e projetos de extensão.

CEP Comitê de Ética de Pesquisa

CNPQ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CPI Cárie na Primeira Infância

ECC Early Childhood Caries

ESB Equipes de Saúde Bucal

ESF Estratégia Saúde da Família

GPB Grupo do Programa de Bebês

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

MACRI Maca para Criança

NASF Núcleo de Apoio da Saúde da Família

OMS Organização Mundial de Saúde

PESF Programa Estratégia da Saúde da Família

PMS Prefeitura Municipal de Santos

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

RAS Redes de Atenção à Saúde

SEAPREV Seção de Atendimento à Rede e Prevenção em Saúde Bucal

S Estreptococos

SMS Secretaria Municipal de Santos

SUS Sistema Único de Saúde

TALE Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

UEL Universidade Estadual de Londrina

UNIMES Universidade Metropolitana de Santos

SUMÁRIO

BANCA EXAMINADORA E ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL.....	5
FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DA DISSERTAÇÃO E DO PRODUTO.....	6
TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO.....	8
DEDICATÓRIA.....	9
RESUMO.....	16
1INTRODUÇÃO.....	18
2REVISÃO BIBLIOGRÁFIA.....	22
2.1Origens da Odontologia para bebês.....	22
2.2Atenção à saúde na primeira infância	23
2.3Cárie na primeira infância: Prevalências e conseqüências:	28
3OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
3.1Geral	Erro! Indicador não definido.
3.2Específico.....	Erro! Indicador não definido.
4METODOLOGIA.....	35
4.1População do Estudo:	35
4.1.1Características do Bairro e da Unidade de Saúde:	35
4.1.2Características do Programa Odontológico para Bebês:	38
4.2Fatores de Inclusão e Exclusão	39
4.3Amostra	39
4.4Procedimentos	40
4.5Variáveis.....	40
4.6Análise dos dados	42
5 RESULTADO	43
5.1Estatística descritiva.....	43
5.1.1Grupo controle.....	43
5.1.2Grupo Programa de Bebês.....	47
5.2Análise estatística.....	55

6DISCUSSÃO.....	77
3	
7CONCLUSÃO.....	79
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXO I - Carta de interesse na pesquisa pelo chefe de seção da unidade de estratégia de saúde da família São Bento.....	90
ANEXO II -Consentimento da pesquisa pela- CAAPP- SMS -PMS.....	91
ANEXO III - Aprovação do projeto de pesquisa - CEP- UNIMES	92
ANEXO IV - Protocolo de atendimento do programa odontológico de bebês.....	95
ANEXO V - Ficha clínica odontológica do programa de bebês.....	96
ANEXO VI - Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE.....	98
ANEXO VII - Termo de assentimento livre e esclarecido - TALE	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Policlínica São Bento	36
Figura 2 - Morro São Bento	37
Figura 3 – Atendimento no programa preventivo de bebê na MACRI.	38
Figura 4 - Idade média das crianças e por gênero masculino e feminino.	44
Figura 5 - Motivo da consulta e por gênero masculino e feminino.	45
Figura 6 - Presença e ausência de lesões de cárie na dentição decídua e por gênero masculino e feminino.....	45
Figura 7 - Presença e ausência de lesões de cárie na dentição permanente e por gênero masculino e feminino.....	46
Figura 8 - Número de crianças com presença ou ausência de lesões de cárie de acordo com o tipo de dentição.	47
Figura 9 - Idade média das crianças e por gênero masculino e feminino.	48
Figura 10 - Presença e ausência de lesões de cárie na dentição decídua e por gênero masculino e feminino.....	49
Figura 11 - Presença e ausência de lesões de cárie na dentição permanente e por gênero masculino e feminino.....	49
Figura 12 - Número de crianças com presença ou ausência de lesões de cárie de acordo com o tipo de dentição.	51
Figura 13 - Número de hábitos deletérios (sucção de dedo, chupeta e mamadeira) para todas as crianças e por gênero.	52
Figura 14 - Presença e ausência de aleitamento noturno para todas as crianças e por gênero.....	53
Figura 15 - Higienização adequada e inadequada para todas as crianças e por gênero.	53
Figura 16 - Dieta cariogênica e não cariogênica para todas as crianças e por gênero.	54
Figura 17 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesões de cárie para dentes decíduos.....	55
Figura 18 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesões de cárie para dentes decíduos para o gênero feminino.....	57

Figura 19 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesões de cárie para dentes decíduos para o gênero masculino.	58
Figura 20 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesões de cárie para dentes permanentes.	59
Figura 21 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação a presença e ausência de lesões de cárie para dentes permanentes para o gênero feminino.	60
Figura 22 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesões de cárie para dentes permanentes para o gênero masculino. ...	61
Figura 23 - Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.	62
Figura 24 - Grupo programa de bebês gênero feminino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.	63
Figura 25 - Grupo programa de bebês gênero masculino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.	64
Figura 26 - Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.	66
Figura 27 - Grupo programa de bebês gênero feminino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.	67
Figura 28 - Grupo programa de bebês gênero masculino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.	68
Figura 29 - Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.	69
Figura 30 - Grupo programa de bebês do gênero feminino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.	70
Figura 31 - Grupo programa de bebês do gênero masculino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva no grupo Controle para idade, tipo de atendimento, presença/ausência de cáries nas dentições decídua e permanente e gêneros.	43
Tabela 2 - Estatística descritiva para o nº de crianças do grupo controle, com presença ou ausência de lesões de cárie e o tipo de dentição.	47
Tabela 3 - Estatística descritiva no grupo de bebês para idade; presença/ausência de cáries na dentições decídua e permanente e gêneros.	50
Tabela 4 - Estatística descritiva para o nº de crianças do grupo de bebês, com presença ou ausência de lesões de cárie e o tipo de dentição.	51
Tabela 5 - Tabela de hábitos deletérios, aleitamento noturno, dieta e higienização do grupo de bebês.	54
Tabela 6 – Associação entre participação ou não do grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesões de cárie para dentes decíduos.	56
Tabela 7- Grupo controle e grupo programa de bebês com relação a presença e ...	57
Tabela 8 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesões de cárie para dentes decíduos para o gênero masculino.	58
Tabela 9 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ..	59
Tabela 10 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesões de cárie para dentes permanentes para o gênero feminino.	60
Tabela 11 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação a presença e	61
Tabela 12 - Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.	62
Tabela 13 - Grupo programa de bebês gênero feminino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.	63
Tabela 14 - Grupo programa de bebês gênero masculino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.	65
Tabela 15 - Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.	66

Tabela 16 - Grupo programa de bebês gênero feminino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.....	67
Tabela 17 - Grupo programa de bebês gênero masculino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.....	69
Tabela 18 - Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.	70
Tabela 19 - Grupo programa de bebês do gênero feminino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.....	71
Tabela 20 - Grupo programa de bebês do gênero masculino - relação da presença/ausência de lesões de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.....	72

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a presença de cáries na dentição mista (dentes decíduos e permanentes) e hábitos deletérios em crianças de 6 a 12 anos, que tiveram atendimento precoce no Programa de Atenção Odontológica de Bebês (PAOB), quando tinham a faixa etária de 0 – 3 anos, comparando os resultados com um grupo não exposto ao tratamento preventivo, no serviço de Saúde Bucal da unidade de Estratégia de Saúde da Família São Bento, na cidade de Santos. Houve um emparelhamento entre idade e condição socioeconômica das crianças dos dois grupos. O estudo foi um Coorte Retrospectivo, onde foram coletados dados de 100 prontuários odontológicos das crianças, 50 de cada grupo e organizados em uma planilha, através do programa Excel. Foram realizados os procedimentos de estatística descritiva e análise estatística usando o teste de Fisher, para medir a correlação entre as variáveis. Os resultados mostraram que em relação aos dentes decíduos 26% das crianças do PAOB apresentaram lesões de cáries, enquanto no grupo não exposto 60% das crianças apresentaram lesões de cáries. Já na avaliação da presença de lesões de cáries nos dentes permanentes, quase não houve diferença significativa entre os dois grupos, 10% no grupo exposto ao tratamento precoce e 14% no grupo não exposto. Foi identificada também a correlação de lesões de cáries com hábitos deletérios como dieta cariogênica, higienização inadequada e aleitamento noturno. Nas crianças com hábitos bucais de sucção nutritiva e não nutritiva, o uso de mamadeira destacou se, pois foi observado em 42% das crianças do PAOB. Observou se influência positiva do Grupo Odontológico Preventivo de Bebês nas condições de saúde oral nas crianças.

Palavras-chave: Cárie na primeira infância, Odontopediatria, Odontologia em Saúde Pública, Odontologia para Bebês.

ABSTRACT

The aim of this study was to verify the presence of caries in mixed dentition (deciduous and permanent teeth) and deleterious habits in children aged 6 to 12 years, who had early care in the Dental Care Program of Babies (DCPB), when they had the age group of 0 - 3 years, comparing with a control group not exposed to preventive treatment, in the Oral Health service of the São Bento Family Health Strategy unit, in the city of Santos. There was a pairing between age and socioeconomic status of the children of both groups. It was a retrospective cohort study, from a documentary analysis, where data from 100 dental records of children were collected, 50 of each group and organized in a spreadsheet, through the Excel program. Descriptive statistical procedures and statistical analysis were performed using Fisher's test to measure the correlation between the variables. The results showed that in relation to deciduous teeth, 26% of the children in the PAOB presented caries lesions, while in the non-exposed group 60% of the children presented caries lesions. In the evaluation of the presence of caries lesions in permanent teeth, there was almost no significant difference between the two groups, 10% in the group exposed to early treatment and 14% in the non-exposed group. The correlation of caries lesions with deleterious habits such as cariogenic diet, inadequate hygiene and nocturnal breastfeeding was also identified. In children with nutritive and non-nutritive sucking oral habits, bottle use stood out because it was observed in 42% of DCPB children. A positive influence of the Preventive Dental Group of Infants on oral health conditions in children was observed.

Keywords: Early childhood caries, Pediatric dentistry, Dentistry in Public Health, Dentistry for Babies.

1. INTRODUÇÃO

Logo após o nascimento de uma criança, as bactérias começam a colonizar sua cavidade bucal. Os primeiros microrganismos são predominantemente os *Streptococcus* (*S. mitis*, *S. oralis*, e *S. salivarius*). Outras bactérias aparecem como transitórias (*Lactobacillus* e *Streptococcus* do grupo mutans). Após os primeiros meses de vida, a microbiota torna-se mais complexa com o estabelecimento de bactérias anaeróbias (*Veillonella* e *Prevotella*). Com a erupção dos dentes a composição da microbiota bucal sofre grande alteração. Entre essas alterações na colonização, as principais bactérias que se aderem à estrutura dental são *S. mutans*, *S. sobrinus*, *S. sanguis* e algumas espécies de *Actinomyces*, assim como o aumento no número de espécies anaeróbias⁽¹⁾.

Esses patógenos são capazes de colonizar a superfície do dente e produzir ácidos em grande quantidade, permitindo a dissolução do esmalte. O principal reservatório dos *Streptococcus* do grupo mutans é a cavidade oral. A cárie dentária é muito comum em crianças, estimando-se que nos Estados Unidos tenha uma prevalência cinco vezes maior que a da asma e sete vezes maior que a da rinite alérgica⁽²⁾.

A CPI (Cárie na Primeira Infância) é o resultado da interação de vários fatores: sócio demográfico, característico do hospedeiro, comportamental, microbiano e nutricional. Um estudo que avaliou os fatores de risco para a cárie dentária em crianças na primeira infância, concluiu que são os fatores sócio demográficos aqueles que mais contribuem para a ocorrência da doença. Seguindo uma cadeia etiológica, estes influenciam os outros níveis de causalidade, que compreendem os aspectos ambientais, relativos à esfera do comportamento ou do estilo de vida, como os hábitos de aleitamento, dieta (alto consumo de alimentos e bebidas açucaradas) e hábitos de higiene oral (utilização de flúor), além dos aspectos biológicos individuais (peso, anemia, consumo medicamentos). Esta relação pode ser explicada por razões financeiras e sociais, que levam a dificuldades na obtenção de cuidados e práticas relacionadas com a saúde oral e a dificuldades no acesso aos serviços de saúde e a ambientes saudáveis. Adicionalmente, os indivíduos com um nível socioeconômico mais baixo parecem apresentar uma menor percepção da

necessidade de cuidados, de prevenção e também piores crenças em saúde oral, consumindo mais açúcar e utilizando menos os serviços preventivos mesmo quando o seu acesso é gratuito⁽³⁾.

A Academia Americana de Odontopediatria sugeriu, para o termo cárie precoce Early Childhood Caries (ECC), a seguinte definição: presença de um ou mais dentes cariados (incluindo tanto lesões cavitadas como as não cavitadas), ausentes (devido à cárie) ou restaurados, em crianças com até 71 meses de idade. A ECC afeta cerca de 6% das crianças com menos de 3 anos de idade. Os pais devem ser informados quanto aos prováveis efeitos negativos da utilização da mamadeira noturna com líquidos açucarados, concomitante à higiene deficiente, a importância da dieta equilibrada, a utilização do flúor e os cuidados quanto à higiene bucal, assim como a necessidade da visita ao cirurgião-dentista quando da erupção dos primeiros dentes decíduos, tornar-se-á mais fácil impedir o estabelecimento de maus hábitos⁽⁴⁾.

O pico da prevalência de cárie dentária ocorre na primeira infância, entre o 13º e 24º mês de vida. Portanto, a idade ideal para começar o atendimento odontológico preventivo é antes do 12º mês de vida⁽⁵⁾.

As pesquisas vêm demonstrando que a atenção odontológica antes dos primeiros seis meses de vida do bebê e o uso de medidas educacionais, como orientações de hábitos de higiene, controle do açúcar, utilização do flúor, entre outras, reduzem consideravelmente a incidência de cárie dentária nas crianças⁽⁶⁾.

A atenção com a saúde bucal do bebê já pode começar ainda na vida intra-uterina, junto aos grupos de Gestantes, visando dentições futuras sadias⁽⁷⁾.

A Odontologia para bebês é uma ramificação da Odontopediatria bastante nova e transformadora, que se dedica à clientela de 0 até 3 anos de idade. No Brasil essa tendência de atenção odontológica precoce encontrou seguidores e, oficialmente, a Clínica de Bebês da Universidade Estadual de Londrina representou um marco histórico⁽⁸⁾. A odontologia preventiva é, em essência, sinônimo do nível mais elevado em Saúde Bucal, sendo fator de saúde global do indivíduo⁽⁹⁾.

O atendimento preventivo é uma estratégia fundamental na abordagem preventivo-promocional. A atenção precoce visa reduzir as chances de

desenvolvimento de cárie em bebês e sua ambientação ao consultório odontológico, além da criação de hábitos de higiene bucal, tanto pelas crianças de pouca idade quanto pelos pais, principais responsáveis pela educação dos filhos. A alta prevalência de cárie em bebês evidencia a necessidade de programas voltados para a promoção de saúde na primeira infância, visando manter a saúde bucal dessas crianças. Uma vez que o sucesso da promoção de saúde bucal em bebês depende da conscientização dos pais sobre a importância da higiene bucal, este fato deve ser levado em consideração durante o planejamento e desenvolvimento de programas voltados a essa faixa etária⁽¹⁰⁾.

À medida que se aumenta a conscientização e a preocupação com saúde bucal, a prevenção, a detecção precoce e a orientação aos pais de bebês, podem tornar se procedimentos integrados aos cuidados de saúde geral, realizados nos programas comunitários que já acontecem no Brasil, por exemplo, como o Programa Estratégia da Saúde da Família (PESF)⁽¹¹⁾.

Um importante programa comunitário na Atenção Básica de Saúde é o Grupo de “Atenção Odontológica para Bebês”, que tem o objetivo de prevenir problemas e manter a saúde bucal das crianças, tem um caráter educativo, coletivamente com palestras e com orientações aos pais e também individualmente com exames clínicos dos bebês e retornos periódicos de acordo com o risco de cárie. É importante a conscientização dos pais sobre higienização da cavidade bucal do bebê, prática de dieta não cariogênica e a importância do aleitamento materno até 2 anos⁽¹²⁾.

Como funciona o programa: Os pais se cadastram na unidade básica de saúde, geralmente com a orientação do médico pediatra para a palestra, onde passamos informações sobre o que é a cárie; como ela se instala; hábitos nocivos para a saúde bucal; higienização; aleitamento materno e hábitos alimentares. Após a palestra será agendada a primeira consulta clínica para o bebê, onde o atendimento será individual, nesta consulta é preenchida uma ficha clínica com dados sobre a gestação da mãe, como foi o parto, sobre a saúde geral da criança, seus hábitos alimentares, seus hábitos de higienização oral e hábitos nocivos, é também realizado exame clínico e higienização prática no bebê, para que os pais aprendam a técnica e são dadas orientações específicas para aquela criança de acordo com a

sua idade e a realidade daquela família. Em cada consulta é avaliado o risco de cárie na criança. Os retornos se dão até a idade de 3 anos, de acordo com o protocolo de atendimento odontológico de bebês da Secretaria Municipal de Santos (SMS).

Entretanto, ainda que todas as medidas preventivas sejam adotadas como rotina na clínica, a cárie dentária que ocorre precocemente ainda é um problema comum na dentição decídua⁽¹³⁾.

Os cuidados com saúde somente serão obtidos de forma integral se os cuidados com saúde bucal fizerem parte de todos os programas de saúde em nosso país, pois ela tem impacto significativo sobre a saúde geral e bem-estar das pessoas, portanto a pesquisa da efetividade destes programas preventivos da odontologia de bebês é de suma importância para a Saúde Pública⁽¹⁴⁾.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFIA

2.1 Origens da Odontologia para bebês

Um dos primeiros trabalhos sobre cárie dentária em crianças, publicado em 1927, se deu quando médicos notaram um grande número de bebês com extensas lesões de cárie. Apesar de nesta época ainda não haver pesquisas relacionando a etiologia da cárie dentária com o tipo de alimentação, posteriormente vários autores mostraram resultados ambíguos a respeito da relação entre amamentação e uso de mamadeira com a cárie dentária⁽¹⁵⁾.

Na remota década de 20, já se mencionava a importância dos cuidados com a saúde bucal de crianças de pouca idade, recomendando que a atenção a essa clientela devesse começar desde a vida intra-uterina, através de uma “*propaganda sem limites no seio da família*”⁽¹⁶⁾.

A partir dos anos 70 outros programas com clientela infantil foram desenvolvidos, dos quais podemos ver alguns relatos. O primeiro programa odontológico voltado para bebês surgiu por volta de 1976, no Japão, onde informações sobre cuidados odontológicos eram repassadas às mães de crianças com cerca de 4 meses de idade que eram atendidas no serviço público da área médica. Na Inglaterra, em 1977, os pais de crianças que estudavam em creches de Londres recebiam educação odontológica, enquanto seus filhos eram assistidos por profissionais através de ações preventivas. Por sua vez, o laboratório da Universidade de Iowa, entre 1984 e 1986, realizou um estudo envolvendo 180 crianças na primeira infância, constatando a necessidade de intervenção precoce com forte ênfase na educação. Finalmente no Brasil essa tendência de atenção odontológica precoce encontrou seguidores e, oficialmente, a Clínica de Bebês da Universidade Estadual de Londrina representou um marco histórico⁽⁸⁾. Luiz Walter e equipe iniciaram de forma pioneira na Universidade Estadual de Londrina, em meados da década de 80, o atendimento a crianças de menor idade, culminando com a criação da Bebê Clínica, em 1985, a qual vem realizando, desde então, procedimentos educativos voltados aos pais, além de métodos preventivos e curativos aplicados ao bebê quando necessário⁽¹⁷⁾.

O município de Cambé (PR) em 1986 foi o primeiro município a implantar esse tipo de atendimento na rede de saúde pública⁽¹⁸⁾. No mesmo ano ocorreu a instalação deste serviço na Companhia Siderúrgica de Volta Redonda (RJ). Das universidades, as primeiras a receberem a transferência de tecnologia para a realização do atendimento precoce aos bebês foram: Universidade Estadual de Ponta Grossa (PR), Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Faculdade de Odontologia de Caxias (RJ) e em 1993 houve o reconhecimento de Odontologia para Bebês como um direito de cidadania no II Encontro Nacional de Saúde Bucal em Brasília e também a implantação do grupo de pesquisa CNPQ/ UEL⁽¹⁷⁾.

Em Santos o programa de Atenção Odontológica aos Bebês teve início em 1994, em algumas UBSs (Unidade Básica de Saúde), sendo uma das atividades da SEAPREV (Seção de Atendimento à Rede e Prevenção em Saúde Bucal) da SMS⁽¹⁹⁾. Atualmente, a atenção precoce à saúde bucal é parte do processo de trabalho das equipes de atenção básica, principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽²⁰⁾.

Apesar do declínio substancial da prevalência de cárie em crianças das últimas décadas, os dados epidemiológicos existentes ainda são preocupantes⁽²¹⁾. No Brasil o único levantamento epidemiológico nacional conduzido pelo Ministério da Saúde, na área da saúde bucal, com crianças na faixa etária de 18 a 36 meses, em 2003, mostrou que 27% delas possuem, pelo menos, um dente decíduo cariado⁽²²⁾. Em 2010a proporção chegou a 53,4% na faixa de 5 anos, no levantamento epidemiológico deste ano, cabe salientar que, nesse levantamento, do total de crianças com 5 anos de idade que possuíam atividade de cárie, apenas 20% receberam tratamento odontológico. Aos 12 anos apresentam um índice de 56,5%de pelo menos um dente permanente cariado⁽²³⁾.

2.2 Atenção à saúde na primeira infância:

A prevenção e atenção precoce com a finalidade de preservação da saúde são de extrema importância para a educação e formação de crianças saudáveis⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾.

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde com o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança além das estratégias de redução da mortalidade infantil⁽²⁶⁾.

A denominação de Atenção Básica (AB) foi adotada em todo território nacional ampliando as ações para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, resgatando o caráter universalista das metas firmadas pela Declaração de Alma Ata em contraposição às interpretações da Atenção Primária estar voltada apenas a um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade dedicada a populações vulneráveis e de baixa renda, assumidas por organizações internacionais⁽²⁷⁾. Tais preceitos buscam viabilizar uma orientação simples na construção da efetividade das práticas de saúde, segundo o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), onde estabelece vínculos terapêuticos sustentados por processos de corresponsabilização no cuidado⁽²²⁾⁽²⁸⁾.

Em 1994 ao ser implantado o Programa de Saúde da Família no Brasil, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), resultou na proposta de modificar a estrutura de organização dos serviços em Atenção Básica e expandir o acesso à população. Esta estratégia possibilita a integração e promove a organização das atividades num território definido, ampliando um olhar para a abordagem coletiva multiprofissional, centrado na família e comunidade. A ESF vem atuando como pilar das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados⁽²⁹⁾.

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) às equipes de Saúde da Família ocorreu através da portaria 1.444 de dezembro de 2000, tendo como objetivos principais a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações a elas relacionadas visando a prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal⁽³⁰⁾. Com a inclusão da saúde bucal na ESF, algumas ações interdisciplinares passaram a ser desenvolvidas de formas amplas, não mais fragmentadas, pois muitos agravos que acometem a boca têm repercussão na saúde geral e no cuidado ao indivíduo⁽³¹⁾.

O desafio de aumentar, por meio de políticas públicas e ações que favoreçam na prática a oportunidade de desenvolvimento benéfico de um bebê também precisa englobar a saúde materna, frente ao enredado vínculo biológico, social e emocional entre mãe e filho⁽³²⁾⁽³³⁾. Evidências científicas indicam que os acontecimentos iniciados na gestação e nos primeiros mil dias de vida, terão uma influência

significativa sobre o desenvolvimento desse bebê, com manifestações na primeira infância, adolescência e até na idade adulta⁽³⁴⁾.

Faz-se necessário que a atenção à saúde bucal tenha início o mais precocemente possível, preferencialmente antes do final do primeiro ano de vida. Isso é justificado pela prevalência de cárie na dentição decídua, aumentada proporcionalmente em relação à idade da criança⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾.

Um relatório publicado em 2014 pela American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) e denominado "State of Little Teeth", afirmava ser a cárie dentária uma doença comum em crianças pequenas e que ocasionava uma crise de saúde pública nos Estados Unidos. O relatório indicava que a cárie dentária é evitável e que seus efeitos poderiam ser minimizados através de campanhas educacionais para munir os pais e educadores com ferramentas e informações⁽³⁷⁾. A cárie dentária não tratada pode levar a infecção, perda de dentes e intervenções de emergência e reparadoras onerosas. Uma criança com dentes não saudáveis corre o risco de futuros problemas de saúde bucal quando adulto⁽³⁸⁾.

Vários fatores podem estar associados a lesões de cárie como os maus hábitos orais no uso frequente de mamadeira noturna, adormecimento com mamadeira e alto consumo de bebidas açucaradas, condições culturais, psicossociais e comportamentais das famílias e cuidadores, o acesso limitado a serviços odontológicos além dos predisponentes específicos dessa fase da infância, incluindo a imaturidade de seu sistema imunológico e a presença de defeitos de formação do esmalte na dentição decídua que predispõe o esmalte às lesões cáries⁽³⁹⁾. Além disso, tem sido feita uma associação entre a cárie precoce de dentes anteriores e a cárie na dentição decídua posterior, onde uma seria precursora da outra. A cárie na dentição decídua posterior também atuaria como um fator preditivo de cárie em molares permanentes⁽⁴⁰⁾. A lesão de cárie na primeira infância em crianças menores de três anos de idade, em superfície lisa, é um indicativo de quadro severo de cárie precoce da infância e é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das doenças mais prevalentes na infância e tem sido associada com sobrepeso infantil, obesidade e deficiência de micronutrientes na presença de

práticas alimentares inadequadas na dieta infantil, rica em açúcar e pobre em fibras⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças da boca e dentes em crianças são: nível insuficiente de habilidades de higiene nos cuidados dentários, ausência de medidas preventivas, fatores de estresse ambiental e nutrição desequilibrada, presença de doenças somáticas crônicas e maus hábitos. A maioria dos fatores são gerenciáveis e sua influência na ocorrência e desenvolvimento de cárie dental em crianças pode ser eliminada ou significativamente reduzida⁽⁴³⁾.

O cuidado à saúde infantil requer a ação de vários profissionais integrados em ações interdisciplinares, intersetoriais e complementares com vários setores possibilitando integralidade em ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, não deixando de lado a influência que a criança sofre na família e no contexto em que vive, ou seja, atender a criança na sua multidimensionalidade e não apenas na doença⁽⁴⁴⁾.

Em saúde pública, as orientações odontológicas têm sido cada vez mais voltadas para a criança de baixa idade, existindo até orientações para vida ainda intra-útero, visando dentições futuras sadias. Com esta visão, os programas odontológicos em odontopediatria têm procurado atingir as metas de promoção de saúde bucal, sempre com uma abordagem integral da criança na primeira infância. A primeira infância tem sido apontada como o período ideal para introduzir bons hábitos e adotar padrões de comportamento que possam permanecer profundamente fixados (7).

A prevenção da cárie precoce se inicia a partir do letramento aos pais e dos responsáveis pela criança enfatizando diversos aspectos que podem levar ao aparecimento das lesões. Em paralelo este letramento em saúde bucal dos pais deve ser direcionado na prática de hábitos promotores de saúde que preferencialmente desencadeie ações simples de se por em prática. Ampliando o olhar dos pais a cuidados preventivos que impactem em mudanças em seus estilos de vida, diminuindo o sentimento de culpa ou de impotência frente as desordens de saúde no ambiente em que vivem⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾.

Devido às desigualdades sociais existentes , a qualidade de vida está associada aos indicadores de desenvolvimento social . Assumindo um caráter com várias dimensões que abrangem os setores : educação, saúde, habitação, transporte, trabalho e lazer que são chamadas de medidas de qualidade de vida e deveria abordar quatro aspectos: funcional, social, estético e psicológico⁽⁴⁸⁾. A promoção de saúde vem sendo entendida como uma excelente estratégia de enfrentamento dos principais problemas de saúde bucal , portanto são propostas articulações de saberes técnicos e populares com recursos comunitários e públicos para o enfrentamento das doenças e resolutividade dos problemas, porém por muitas vezes a promoção em saúde bucal tem sido negligenciada pelos profissionais e o apoio e instrução tem sido limitado, o que dificulta o desenvolvimento desta prática⁽⁴⁹⁾.

O impacto na redução da cárie é resultado de investimentos em ações de promoção e educação para a saúde , no nível coletivo e individual , transcendendo a oferta de serviços de ordem apenas curativa , enfatizando a importância da reorientação das concepções e práticas no campo da odontologia . O grande desafio da Odontologia moderna é atuar educando a população , promovendo informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos bucais e manutenção da saúde . A política de saúde para a rede pública deve estar engajada nestes princípios para que se construa uma consciência sanitária, a fim de desenvolver o processo de controle social da mesma⁽⁵⁰⁾.

A educação do paciente em odontopediatria é um dos pontos mais altos que se tem dentro da filosofia preventiva . Os aspectos preventivos englobam diagnóstico cuidadoso, organização eficaz do plano de tratamento , procedimentos cirúrgicos conservadores, planejamento e desenho correto dos aparelhos protéticos , consideração e compreensão em relação aos pacientes. A busca pela promoção de saúde bucal deve estar centrada em diagnósticos precisos e ações educativas conduzidas por odontólogos , pais e educadores direcionadas às crianças , sem qualquer distinção de raça, religião, sexo ou deficiência⁽⁶⁾.

O grande obstáculo para o sucesso no controle da cárie na primeira infância tem sido a falta de interesse das famílias . Portanto, para promover saúde oral infantil é imprescindível a conscientização , rotinas e hábitos de higiene , comprometimento e

assiduidade dos responsáveis aos programas de prevenção , se possível, desde a gestação⁽⁵¹⁾.

2.3 Cárie na primeira infância: Prevalências e conseqüências:

A cárie dentária afeta grande parte da população infantil, devido à sua elevada prevalência e aos graves impactos na qualidade de vida e desenvolvimento , é considerado um problema de saúde pública e social . A dor causada pela cárie interfere no ato de comer e faz com que as crianças apresentem crescimento mais lento, baixo peso e distúrbios no sono ; prejudica o rendimento escolar com sensível diminuição na atenção durante as atividades , podendo gerar déficit de aprendizagem, comprometendo o desenvolvimento físico da criança⁽³⁾⁽⁵²⁾.

Segundo o levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 2003 pelo Ministério da Saúde , em crianças na faixa etária entre 18 a 36 meses, 27% apresentaram pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que aos 5 anos de idade, quase 60% das crianças apresentaram a doença . Por esse motivo , o ministério da saúde considerou a cárie na primeira infância um problema de saúde pública. Consideraram cárie na Primeira Infância quando um ou mais dentes decíduos encontram-se comprometidos com lesão cariiosa em qualquer estágio de desenvolvimento , sejam elas cavitadas ou não , perdidos devido à cárie ou restaurados antes dos 71 meses de idade. A cárie na primeira infância apresenta associações com alimentação noturna e higiene inadequada⁽⁴⁷⁾.

Numa pesquisa para avaliar a prevalência de cárie dentária em 281 crianças de 0 a 5 anos atendidas precocemente pela Bebê- Clínica da Universidade Estadual de Londrina, verificou-se que, depois da primeira consulta, com as devidas orientações sobre o hábito de aleitamento noturno e a higiene dental , a população estudada apresentou uma baixa prevalência de cárie, tanto do tipo mamadeira (0%) quanto de cárie simples (2%). Os resultados mostram a eficácia do atendimento precoce na promoção da saúde bucal nessa faixa etária⁽¹⁶⁾.

O atendimento odontológico prestado pela Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba influencia na redução da prevalência da cárie dentária das crianças que receberam tratamento⁽⁵³⁾.

Verificou-se que a presença de cárie precoce na infância apresentou impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. As crianças que apresentavam cárie dentária grave obtiveram um somatório maior nos escores nos domínios relacionados à auto-imagem, interação social e domínio das funções, em relação às crianças livres de cárie⁽¹⁵⁾⁽⁵²⁾.

Na cavidade bucal do bebê, a presença de microrganismos, em contato com substrato e resíduos alimentares irão se fixar nos rebordos, língua e na superfície lisa do dente decíduo, formando o biofilme dental. Este poderá limitar a capacidade da saliva em lavar ou tamponar os produtos metabólicos ácidos produzidos e quando associados a hábitos deletérios poderão produzir a dissolução do mineral do dente produzindo inicialmente as lesões brancas no esmalte dental, imperceptível para muitas mães ou cuidadores, mas com consequências dolorosas se não detectadas precocemente⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾.

Lesões cariosas estão fortemente ligadas à influência de fatores comportamentais, com ênfase para a participação da dieta no processo cariogênico. A intensidade da cárie em crianças pré-escolares parece ser resultado da frequente ingestão de açúcar, que permite a produção repetitiva de ácido pelas bactérias cariogênicas que se aderem aos dentes. Torna-se, assim, necessária a identificação dos hábitos de risco (alimentos propriamente ditos ou momentos de ingestão). Método para avaliação de dieta cariogênica: o recordatório da dieta dos últimos três a sete dias parece ser a escolha mais recomendável na prática odontológica. Este método apresenta a vantagem de ser independente da memória, sendo assim considerado o método de maior validade⁽⁵⁸⁾.

Uma pesquisa feita no Brasil, com gestantes do município de Salvador -BA, de nível socioeconômico-cultural baixo foram entrevistadas. Os resultados demonstraram que 70,7% conheciam o problema cárie dentária. Quando questionadas quanto às causas das doenças bucais, 59,9% atribuíram à falta de higiene. Dentre as entrevistadas, 52,2% acreditavam que os dentes não nascem para durar a vida toda. Como método utilizado para a prevenção de cárie, 82,9% citaram ser a escovação e 53,5% sabiam da existência de um elemento que previne essa enfermidade. Quanto aos dentes decíduos, 79,3% responderam que não há necessidade de tratá-los, porque “vai cair e nascer outro no lugar”⁽⁵⁹⁾.

Um estudo realizado na Índia, composto por uma amostra de 1500 crianças de 8 a 48 meses, detectou-se que aquelas crianças que faziam uso de mamadeira com conteúdo adoçado apresentavam aumento significativo de lesões cariosas. O grupo de crianças aleitadas exclusivamente no peito e em livre demanda apresentou uma prevalência de cárie de 29,6%, a prevalência de crianças com cárie que usavam mamadeira durante a noite foi ainda maior (40,7%)⁽¹⁵⁾.

A prevalência de crianças com cárie de certas amostras tem sido superior ao estipulado pela OMS(até 3 dentes cariados). A diversidade de resultados talvez se deva à idade dos sujeitos, à diferenças metodológicas, mas, principalmente, à ações preventivas odontológicas muito diversas nas cidades em que se realizaram as pesquisas. Para facilitar o monitoramento e a adesão aos programas de atenção em saúde bucal, tanto curativos, preventivos como educativos, eles precisam ocorrer em contextos que atendam crianças pequenas, nos centros de saúde, nas creches e pré-escolas. Por exemplo, nas creches do município onde se realizou o estudo, não havia uma programação de ações preventivas ou atendimento odontológico de rotina⁽⁶⁰⁾.

Um fator determinante para uma boa condição bucal dos bebês é a motivação dada aos responsáveis. Quanto mais eles se sentirem motivados mais retornarão com suas crianças à Unidade de Saúde, não faltando às consultas, terão cuidado em realizar tudo o que é repassado pelo dentista, contribuindo assim para o futuro sorriso saudável de suas crianças⁽⁶¹⁾.

A redução da prevalência e incidência de cárie dentária e as mudanças na distribuição e padrão da doença nos últimos anos têm sido bem documentadas. Estudos epidemiológicos no Brasil confirmam a baixa prevalência de cárie dentária em algumas regiões mais desenvolvidas socioeconomicamente, porém diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são ainda marcantes. Considerando o maior acesso das crianças brasileiras às medidas de prevenção, atenção maior tem que ser dada aos métodos de diagnóstico e decisão de tratamento. Embora, a prevalência de cárie tenha diminuído nos últimos anos há disparidade entre regiões e muitas crianças ainda apresentam cárie e com grande severidade⁽⁶²⁾.

Em 2010 no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal , 53,4% das crianças apresentavam cárie aos cinco anos , com uma prevalência menor na região sudeste. Os autores constataram maior prevalência de cárie em grupos de baixa renda, possivelmente pela influência de tipos de dieta alimentar , pior nível de autocuidado e baixa procura de atendimento preventivo , piores condições de higiene bucal e dificuldade de acesso a serviços odontológicos para a população mais carente⁽⁶⁰⁾.

A estimulação de higiene bucal na população sócio economicamente mais baixa, por meio da educação , pode ser um instrumento de transformação social , reformulando hábitos , aceitando novos valores e melhorando a auto-estima. Portanto, a comunicação verbal é um meio simples e direto para modificar o comportamento do indivíduo e levá-lo a exercer um controle satisfatório do biofilme dental. Em programas de educação para prevenção da cárie em crianças , os pais são convidados a auxiliar seus filhos na escovação e na fixação do aprendizado em ambiente familiar, uma vez que são educadores e incentivadores importantíssimos na formação de hábitos de higiene de seus filhos . Neste contexto, a figura da mãe é destacada pela importância no interior do ambiente familiar , devido ao fato de ser a personagem principal da família, com voz decisória, no trato de questões de saúde e doença e por ser responsável pelo equilíbrio no binômio saúde-doença. Dessa forma, ela poderia influenciar, positiva ou negativamente, as ações de promoção da saúde bucal, sendo o seu papel decisivo para uma boa ou má educação em saúde bucal da criança e, por extensão, da família como um todo⁽⁶³⁾.

A Odontologia para Bebês visa contribuir na formação de uma geração com menos problemas dentários, com mais qualidade de saúde bucal e mais consciente da importância da prevenção . A literatura relativa à atenção odontológica precoce relata que quanto mais cedo a criança receber assistência , menos possibilidades terá de desenvolver lesões de cárie⁽⁶⁴⁾.

O letramento em saúde bucal infantil são aspectos transversais aos núcleos de medicina, enfermagem, nutrição e odontologia e precisam ser reforçados a cada consulta de forma multidisciplinar. Quando capacitados, todos os membros que compõe as equipes de saúde podem orientar os pais e/ou responsáveis a respeito

dos cuidados com a saúde bucal na primeira infância⁽⁶⁵⁾⁽⁶⁶⁾. Quanto à nutrição é fundamental que os profissionais de saúde orientem sobre a importância do aleitamento materno, higiene bucal e a introdução saudável da alimentação complementar⁽⁶⁷⁾. Assim, haverá um maior aproveitamento da amamentação com menores chances de desenvolvimento de cárie⁽⁶⁸⁾.

Segundo a Academia Americana de Pediatria a amamentação deve ocorrer por pelo menos doze meses, continuada enquanto haja um desejo mútuo entre mãe e bebê. Já a OMS recomenda a amamentação por um período maior ou igual a 24 meses⁽⁶⁹⁾.

A amamentação artificial por 24 meses ou mais, causa um aumento no risco de desenvolver cáries aos cinco anos, bem como maior probabilidade de desenvolvimento de cárie severa na infância⁽⁷⁰⁾. A amamentação artificial pode se tornar um fator de risco quando prolongada, em termos de idade⁽⁷¹⁾⁽⁷²⁾. É recomendado também evitar o consumo de alimentos açucarados como bolachas e balas e oferecer bebidas contendo açúcar durante as refeições principais, bem como por a criança para dormir com uma mamadeira cheia de leite ou líquido contendo açúcares evitando os hábitos cariogênicos e os obesogênicos iniciando preferencialmente antes dos dois anos de idade⁽⁵⁷⁾.

Como a cárie precoce infantil (ECC) é uma doença importante no setor de saúde pública, foi desenvolvido um conceito de prevenção interdisciplinar para evitar essa doença, lançado em uma região de projetos na Alemanha. Foi examinado se o surgimento da ECC poderia ser evitado ou restringido com o programa recém-desenvolvido. O programa abrange sete pulsos de informação de uma equipe interdisciplinar (ginecologistas, parteiras, pediatras, dentistas, serviços sociais municipais e secretaria pública de saúde). As variáveis dependentes primárias foram a experiência e a prevalência de cáries entre as crianças de 3 a 4 anos que participaram do programa de prevenção do ECC, em comparação com crianças da mesma idade não expostos ao projeto. O efeito do programa de prevenção foi avaliado por meio de uma comparação "histórica" em crianças entre 3 a 4 anos de idade no grupo controle e no grupo de teste. Enquanto 78,8% das crianças examinadas no grupo de prevenção apresentaram dentes decíduos

predominantemente sólidos, o grupo teste apresentou 58,3%. O grupo de teste diferiu significativamente do grupo controle tanto em termos de hábitos de dieta e higiene dental relatados⁽⁷³⁾.

A prática da saúde bucal infantil é recomendada por muitos anos, mas ainda encontra resistência por alguns profissionais médicos e odontólogos⁽³⁶⁾. O letramento em saúde influencia os conhecimentos, atitudes e práticas. O acesso à informação e aprendizagem de técnicas de limpeza e aplicações de flúor e orientações preventivas pelas equipes de saúde bucal é tão necessário à comunidade, principalmente ao grupo etário de 0 a 5 anos de idade. A prevenção é necessária na aquisição de bons hábitos com vistas a resultados na saúde bucal e qualidade de vida das famílias⁽⁴⁷⁾⁽⁷⁴⁾⁽⁷⁵⁾.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliação da presença de cáries na dentição mista (dentes decíduos e permanentes) e hábitos nocivos, em crianças de 6 a 12 anos atualmente, que tiveram atendimento precoce no programa de Atenção Odontológica de Bebês, quando tinham a faixa etária de 0 – 3 anos, no serviço de saúde bucal da unidade de Estratégia de Saúde da Família São Bento, na cidade de Santos.

3.2 Específico

Avaliar a efetividade do protocolo do programa de Atenção Odontológica para Bebês da SMS da cidade de Santos e adaptar os dados observados na pesquisa, de maneira tal que o mesmo possa ser implementado e padronizado como um protocolo modificado, juntamente com a coordenação, em todas as UBS da cidade de Santos.

4. METODOLOGIA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES: CAAE: 19263219.0.0000.5509. Trata-se de um estudo Coorte Retrospectivo, foram usadas informações já disponíveis sobre o paciente, num trabalho comparativo onde não foi imposto nenhum tratamento, foi acompanhada a eficácia do tratamento educativo preventivo ao longo de vários anos⁽⁷⁶⁾.

4.1 População do Estudo:

A população do estudo foram crianças de 6 a 12 anos, da comunidade do Morro São Bento e Morro do Pacheco na cidade de Santos, que foram divididas em 2 grupos: **Grupo 1 GPB (Grupo Programa de Bebês)** - crianças que foram atendidas precocemente, entre os anos de 2006 e 2012 nos grupos de Atenção Odontológica de Bebês, quando tinham a faixa etária entre 0 – 3 anos, na UBS (Unidade Básica de Saúde) São Bento na cidade de Santos, e **Grupo 2 (Controle)** - crianças da mesma comunidade, na mesma faixa etária e mesma condição sócio econômica, porém nunca participaram de nenhum programa odontológico preventivo, foram atendidas por livre demanda, na mesma unidade de saúde. Esta faixa etária foi escolhida pelo fato das crianças apresentarem nesta idade dentição mista, isto é, possuem dentes decíduos e permanentes.

4.1.1 Características do Bairro e da Unidade de Saúde:

A unidade de ESF São Bento está localizada no bairro Morro São Bento, o maior morro da cidade de Santos, SP. Foi escolhida para esta pesquisa por ter sido uma das pioneiras em atendimento odontológico para bebês no serviço público da cidade, desde 1995. A unidade foi fundada em 1992 como UBS e em 2015 passou a ser unidade de ESF. A equipe de Saúde Bucal é composta por dois dentistas e duas ASB (Auxiliar de Saúde Bucal).



Figura 1 - Policlínica São Bento

A unidade possui uma cobertura populacional de aproximadamente 9.000 habitantes, dividido em 3 equipes de saúde, com 14 micro áreas, sendo formadas por 75% da população do Morro São Bento e 50% da população do Morro do Pacheco.

Conta com uma equipe multidisciplinar composta por três médicos generalistas, um pediatra e um ginecologista; três enfermeiras; sete técnicos de enfermagem; quatorze agentes comunitários de saúde, dois dentistas e duas auxiliares de saúde bucal. Conta também com apoio do NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família), que possui um psicólogo; um assistente social, um nutricionista, um farmacêutico e um educador físico.



Figura 2 - Morro Sao Bento

Morro São Bento, o maior morro da cidade de Santos. Recebeu este nome por causa do Mosteiro de São Bento, construído em 1650. Formado por colônias portuguesas, espanholas e italianas o bairro conta com diversas escolas, creches, projetos sociais e tradições portuguesas, sendo ultimamente procurado para turismo. Atualmente é o morro mais populoso da cidade, com aproximadamente 9.000 habitantes, destes 24,9% são crianças e 75,1% são adultos e idosos. No topo faz divisa com o Morro do Pacheco que tem uma população superior a 1,7 mil pessoas espalhadas nas 183 casas erguidas, o que o coloca como um dos morros mais habitados em proporção ao seu tamanho. A sua ocupação começou no início do século, por portugueses e aos poucos os nordestinos se espalharam nas encostas e hoje constituem a grande maioria. Do alto, a visão é privilegiada, tendo como

paisagem a Ilha Barnabé, o Estuário e o Porto de Santos. A cidade de Santos possui o 6º lugar no Brasil (0,84) com melhor IDH, (Índice de Desenvolvimento Humano)⁽⁷⁷⁾.

4.1.2 Características do Programa Odontológico para Bebês:

O Programa de Saúde Bucal da SMS possui um protocolo de atendimento aos bebês (Anexo IV), que segue a Escola de Luis Walter de Londrina, desde o início do Programa na cidade, em 1994. Este tem a função de auxiliar o profissional no atendimento odontológico preventivo dos bebês de 0 à 3 anos, contendo informações sobre as ações de educação em saúde bucal dos bebês como: Conteúdo das palestras educativas aos pais das crianças; exame clínico do bebê; anamnese; preenchimento da ficha clínica específica (Anexo V); análise do risco de cárie; instrução de higienização e determinação do retorno de acordo com risco de cárie do bebê. É fato notório que este protocolo precisa ser atualizado, sendo este um dos objetivos deste estudo.



Figura 3—Atendimento no programa preventivo de bebê na MACRI.

4.2 Fatores de Inclusão e Exclusão

Grupo 1 GPB:

Inclusão: A criança deveria ter a idade de 6 a 12 anos; ter passado no programa de Bebês na UBS São Bento entre os anos de 2006 e 2012; possuir dentição mista (dentes decíduos e dentes permanentes) e estar sendo atendido na unidade até o presente momento.

Exclusão: Se a criança não passou pelo menos em 4 consultas do Programa (25% de assiduidade) até ter completado a dentição decídua; se abandonou o Programa e se a criança possuísse qualquer forma de malformação dentária, seja de origem sistêmica, local, hereditária ou traumática.

Grupo 2 Controle :

Inclusão: A criança deveria ter a idade de 6 a 12 anos; não ter participado de nenhum grupo preventivo odontológico; possuir dentição mista (dentes decíduos e dentes permanentes) e ter recebido atendimento de livre demanda.

Exclusão: Se a criança tivesse participado de qualquer tipo de tratamento preventivo odontológico e se a criança possuísse qualquer forma de malformação dentária, seja de origem sistêmica, local, hereditária ou traumática.

4.3 Amostra

De posse de todos os prontuários, avaliamos os fatores de inclusão e exclusão dos dois grupos, porém o N do grupo de prevenção de bebês era bem superior ao N do grupo controle, então através de um processo de randomização no grupo 1, obtivemos uma amostra não probabilística por conveniência, em busca por indivíduos que possuíam uma característica definida, emparelhando os dois grupos com o mesmo número de crianças. De acordo com estudos semelhantes na literatura, seria necessário no mínimo um N = 100, isto é, foram avaliadas 50 fichas odontológicas das crianças que passaram pelo programa de Bebês na Unidade de Saúde da Família São Bento, entre os anos de 2006 a 2012 (Grupo do Programa dos Bebês) e 50 fichas odontológicas de crianças que não passaram por nenhum

programa precoce preventivo odontológico, da mesma faixa etária do outro grupo, formando o Grupo Controle.

4.4 Procedimentos

O estudo foi realizado a partir de uma análise documental, onde foram coletados dados das fichas odontológicas das crianças que passaram pelos critérios de inclusão e exclusão do Programa de Bebês. Foram analisadas as ficha clínicas da época que participaram do programa preventivo a as fichas atuais. No Grupo 2 (Controle) foram analisadas as fichas clínicas das crianças, que chegaram por livre demanda e que continuam sendo acompanhadas atualmente, na unidade de ESF São Bento.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha, através do programa Excel. Na planilha do grupo 1 (GPB) foram registradas as variáveis: idade; gênero; data da avaliação inicial, no programa de Bebês e data da avaliação final, do mesmo paciente; número de consultas no programa de Bebês; presença ou não de hábitos nocivos (sucção de dedo, chupeta ou uso de mamadeira), prática ou não de aleitamento noturno, de dieta cariogênica e de higienização correta na primeira infância; presença ou ausência de cáries tanto nos dentes decíduos como nos dentes permanentes.

Na planilha do Grupo 2 (Controle) foram registradas as variáveis: idade; gênero, motivo da consulta de livre demanda, presença ou ausência de cáries tanto nos dentes decíduos como nos dentes permanentes. Esses procedimentos foram realizados pela pesquisadora.

4.5 Variáveis

Variáveis Independentes:

Gênero (nominal), idade (quantitativa), número de consultas (quantitativa) e motivo da consulta (nominal).

Variáveis Dependentes:

A) Presença de cáries (sim ou não): Pelo menos um dente cariado e não foram consideradas as manchas brancas que não evoluíram para cárie.

B) Presença de hábitos nocivos de sucção (sim ou não): uso de mamadeira, chupeta ou sucção de dedo.

C) Prática de aleitamento noturno (sim ou não): mamadas de madrugada durante o sono por leite artificial ou natural, que se prolongaram além de 1 ano sem a higienização posterior, pressupondo que é muito difícil a prática de higienização de madrugada⁽³⁾.

D) Higienização correta (sim ou não): frequência - criança edêntula: 2 vezes/dia, com fralda ou gaze embebida em água filtrada; e após a erupção dos primeiros dentes decíduos: 3 vezes/dia, agora com escova dental ou dedeira e dentífrício.

E) Prática de dieta cariogênica (sim ou não): ingestão de açúcar, com ênfase na sacarose. Relação à frequência de ingestões: três ou mais vezes por dia: adoçantes e/ou engrossantes em mamadeira/mingau ou chá; bala, chocolate, refrigerantes, achocolatado, refrigerantes, iogurtes. Carboidratos, principalmente os mais pegajosos como bolacha, pão e “salgadinhos”. Risco ainda maior se ingeridos no período entre as refeições.

Para tanto, foi solicitada autorização prévia à Comissão de ética de pesquisas da Secretaria de Saúde da PMS, para acessar as fichas desses pacientes (Anexo II) e também foi fornecida uma Carta de interesse na pesquisa, do Chefe de Seção da USF São Bento, a fim do aproveitamento dos resultados para o aperfeiçoamento do Grupo de Bebês da unidade, assim como o uso do produto na mesma (Anexo I).

Após a aprovação do projeto, pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES (Anexo III) deu-se início a coleta de dados. Foi fornecido aos responsáveis legais das crianças, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo VI) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE (Anexo VII), para a concordância oficial da utilização dos prontuários das crianças na pesquisa.

4.6 Análise dos dados

As planilhas de dados na plataforma Excel foram exportadas para o Graphpad Version 3.06, para os cálculos estatísticos. As variáveis foram submetidas à estatística descritiva e as associações foram verificadas com o teste de Fisher, o nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha=0,05$).

5. RESULTADOS

5.1 Estatística descritiva

5.1.2 Grupo controle

O grupo de controle apresentou um número de 50 crianças, sendo do gênero feminino 30 (60.00%) crianças e do gênero masculino 20 (40.00%) crianças. A idade média das crianças foi de 9.1 (± 2.1) anos (6 a 12 anos). A idade média das crianças do gênero feminino foi de 9.3 (± 2.1) anos (6 a 12 anos). A idade média das crianças do gênero masculino foi de 8.8 (± 2.8) anos (6 a 12 anos) (**Tabela 1; Figura 4**).

Tabela 1 - Estatística descritiva no grupo Controle para idade, tipo de atendimento, presença/ausência de lesão de cárie nas dentições decídua e permanente e gêneros.

	Gênero Feminino		Gênero Masculino		Todas as crianças	
	N	%	N	%	N	%
	30	60.00%	20	40.00%	50	100.00%
Idade média (anos)		9.3		8.8		9.1
Desvio padrão (anos)		2.1		2.2		2.1
Idade mínima (anos)		6		6		6
Idade máxima (anos)		12		12		12
Tipo de atendimento		Gênero Feminino		Gênero Masculino		Todas as crianças
Tratamento	13	43.33%	9	45.00%	22	44.00%
Emergência	17	56.67%	11	55.00%	28	56.00%
Total	30	100.00%	20	100.00%	50	100.00%
Dentição decídua		Gênero Feminino		Gênero Masculino		Todas as crianças
Presença de lesão de cárie	19	63.33%	11	55.00%	30	60.00%
Ausência de lesão de cárie	11	36.67%	9	45.00%	20	40.00%
Total	30	100.00%	20	100.00%	50	100.00%
Dentição permanente		Gênero Feminino		Gênero Masculino		Todas as crianças
Presença de lesão de cárie	5	10.34%	2	9.52%	7	14.00%
Ausência de lesão de cárie	25	89.66%	18	90.48%	43	86.00%
Total	30	100.00%	20	100.00%	50	100.00%

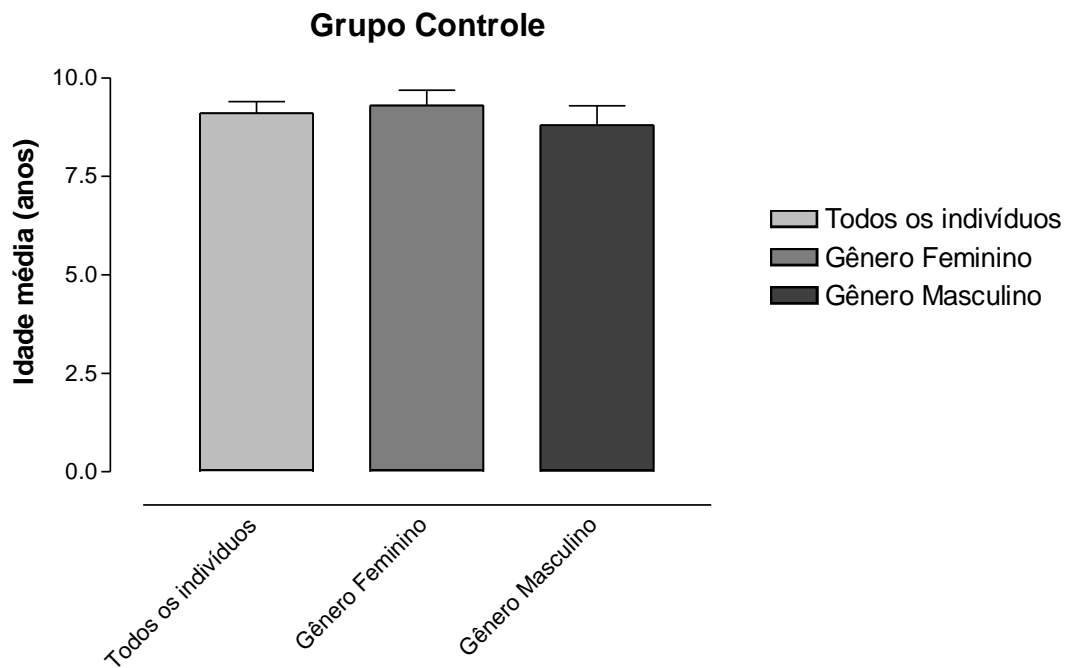


Figura 4 - Idade média das crianças e por gênero masculino e feminino.

O motivo da consulta no grupo controle foi emergência para 28 crianças (56%) e procura para tratamento para 22 crianças (44%). A procura de atendimento por emergência foi de 56,67% para o gênero feminino e de 55% para o gênero masculino. A procura de atendimento para tratamento foi de 43,33% para o gênero feminino e 45% para o gênero masculino. **(Tabela 1; Figura 5)**

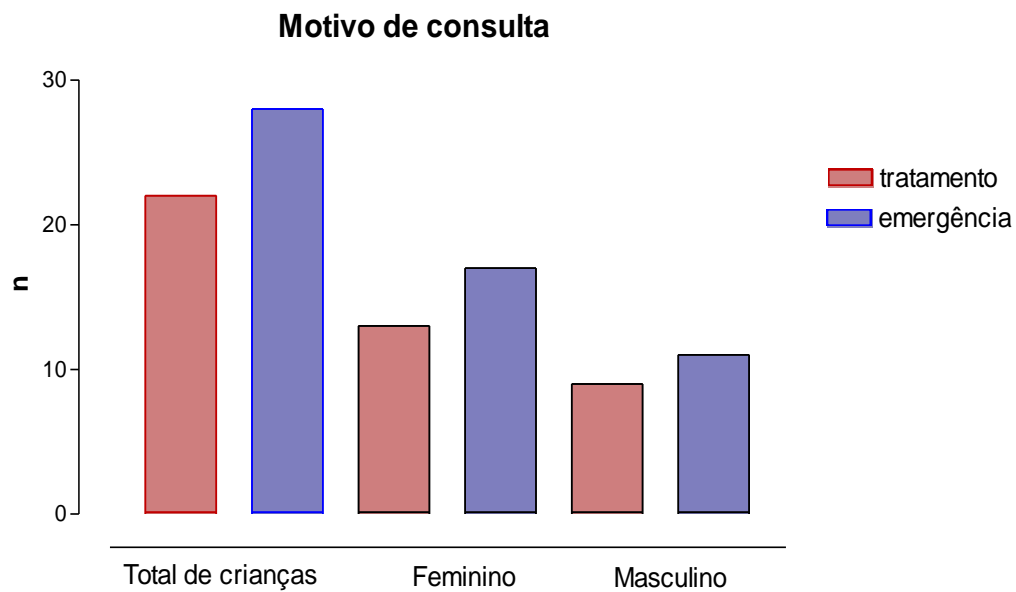


Figura 5- Motivo da consulta e por gênero masculino e feminino.

Na dentição decídua o grupo controle apresentou 60% das crianças com presença de lesão de cárie e 40% com ausência de lesão de cárie. Do total de crianças com presença de lesão de cárie na dentição decídua 63,33% eram do gênero feminino e 55% do gênero masculino. Do total de crianças com ausência de lesão de cárie na dentição decídua 33,67% eram do gênero feminino e 45% do gênero masculino.

(Tabela1; Figura 6)

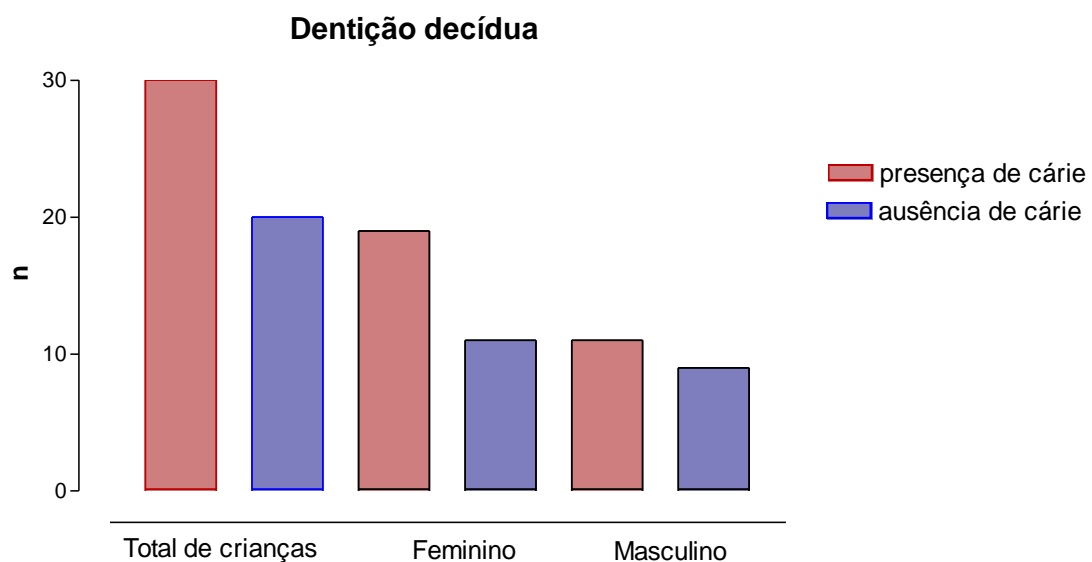


Figura 6 - Presença e ausência de lesão de cárie na dentição decídua e por gênero masculino e feminino.

Na dentição permanente o grupo controle apresentou 14% das crianças com presença de lesão de cárie e 86% com ausência de lesão de cárie. Do total de crianças com presença de lesão de cárie na dentição permanente 16,67% eram do gênero feminino e 10% do gênero masculino. Do total de crianças com ausência de lesão de cárie na dentição permanente 83,33% eram do gênero feminino e 90% do gênero masculino. **(Tabela 1; Figura 7)**

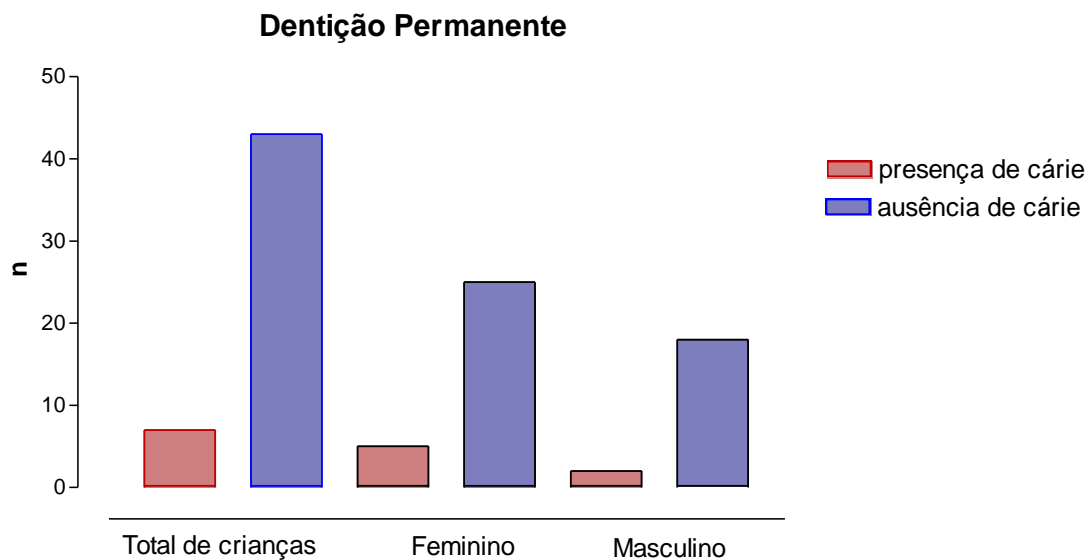


Figura7 - Presença e ausência de lesão de cárie na dentição permanente e por gênero masculino e feminino.

O grupo controle apresentou lesão de cárie nos dentes decíduos, dentes permanentes e dentição mista, sendo que 50% das crianças desenvolveram lesão de cárie somente nos dentes decíduos, 4% das crianças desenvolveram lesão de cárie somente nos dentes permanentes e 10% das crianças desenvolveram lesão de cárie na dentição mista. A ausência de lesão de cárie foi observada em 36% das crianças deste grupo. **(Tabela 2; Figura 8)**

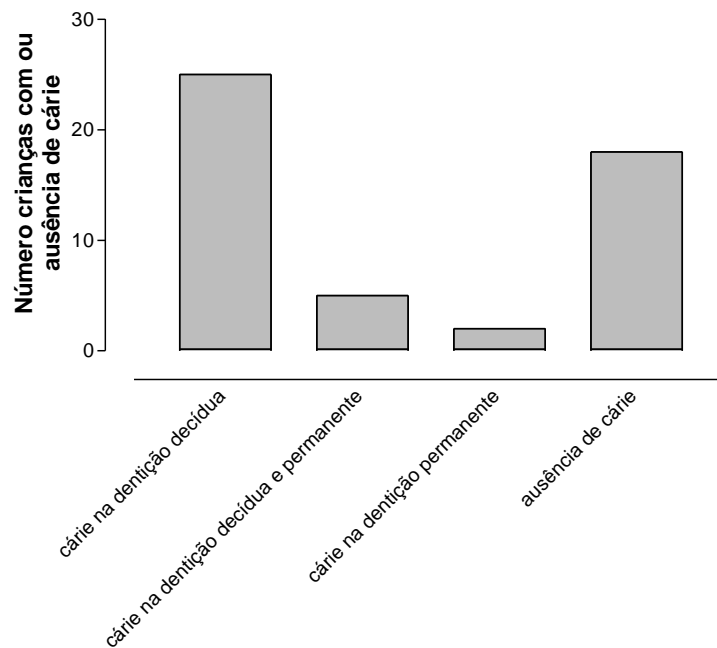


Figura 8 - Número de crianças com presença ou ausência de lesão de cárie de acordo com o tipo de dentição.

Tabela 2- Estatística descritiva para o n^o de crianças do grupo controle, com presença ou ausência de lesão de cárie e o tipo de dentição.

Tipo de dentição/Presença ou ausência de lesão de cárie	N	%
Ausência de lesão de cárie	18	36.00%
Lesão de cárie na dentição mista	5	10.00%
Lesão de cárie nos dentes decíduos	25	50.00%
Lesão de cárie nos dentes permanentes	2	4.00%
Total	50	100.00%

5.1.2 Grupo Programa de Bebês

O grupo programa de bebês apresentou um número de 50 crianças, sendo do gênero feminino 29 (58.00%) crianças e do gênero masculino 21 (42.00%) crianças. A idade média das crianças foi de 8.5 (± 2.0) anos (6 a 12 anos). A idade média das crianças do gênero feminino foi de 8.7 (± 1.9) anos (6 a 12 anos). A idade média das crianças do gênero masculino foi de 8.3 (± 2.1) anos (6 a 12 anos) (**Tabela 3; Figura 9**).

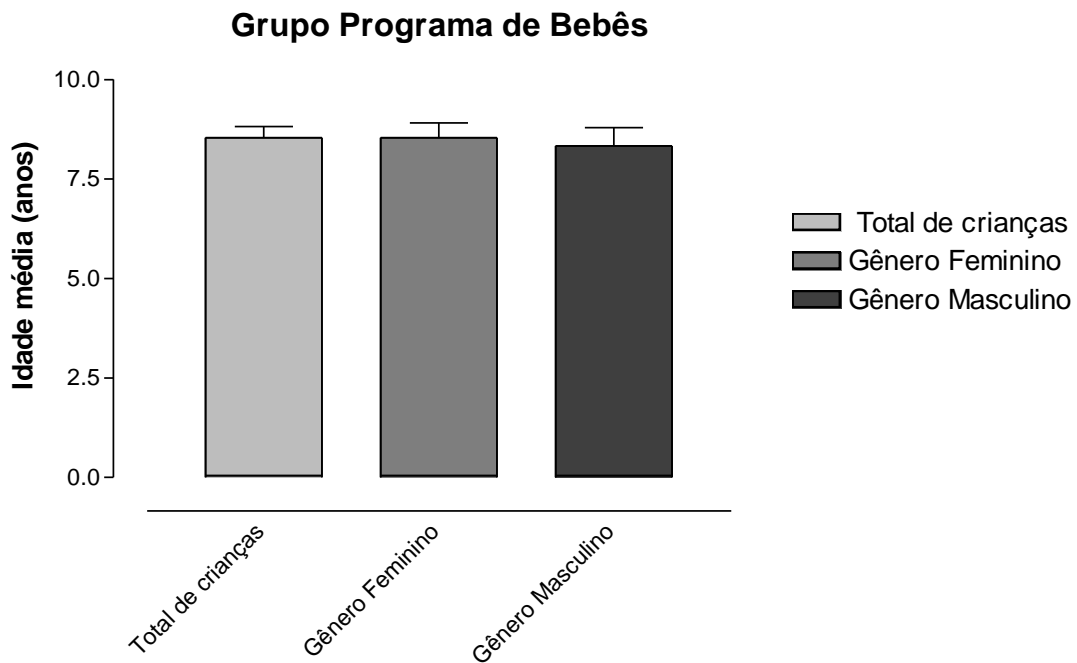


Figura 9 - Idade média das crianças e por gênero masculino e feminino.

Na dentição decídua o grupo programa de bebês apresentou 26% das crianças com presença de lesão de cárie e 74% com ausência de lesão de cárie. Do total de crianças com presença de lesão de cárie na dentição decídua 34,48% eram do gênero feminino e 14,29% do gênero masculino. Do total de crianças com ausência de lesão de cárie na dentição decídua 65,52% eram do gênero feminino e 85,71% do gênero masculino. (Tabela 2; Figura 10)

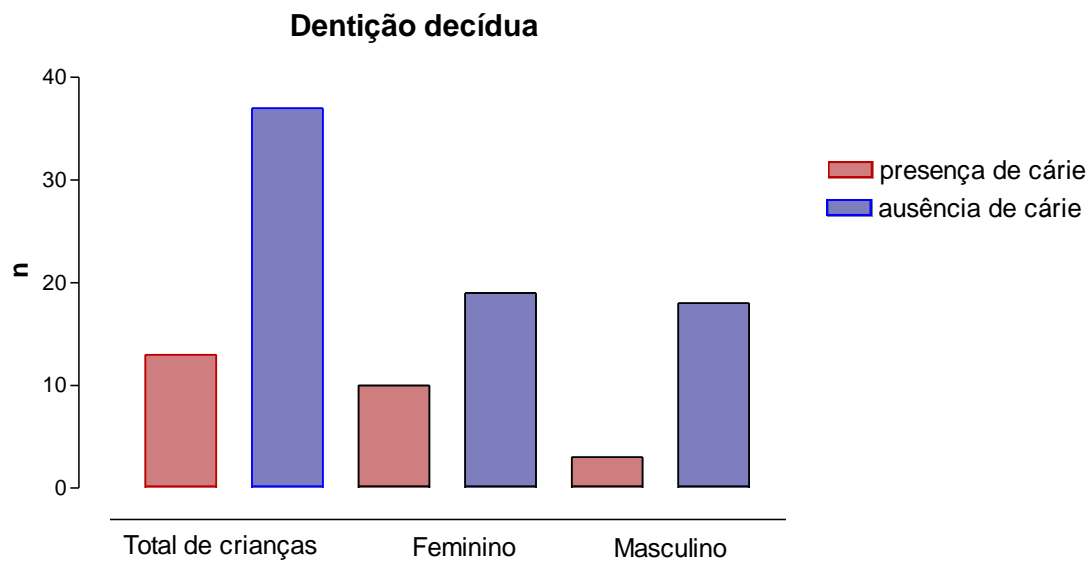


Figura 10- Presença e ausência de lesão de cárie na dentição decídua e por gênero masculino e feminino.

Na dentição permanente o grupo programa de bebês apresentou 10% das crianças com presença de lesão de cárie e 90% com ausência de lesão de cárie. Do total de crianças com presença de lesão de cárie na dentição permanente 10,34% eram do gênero feminino e 9,52% do gênero masculino. Do total de crianças com ausência de lesão de cárie na dentição permanente 89,66 % eram do gênero feminino e 90,48% do gênero masculino. **(Tabela 3; Figura 11)**

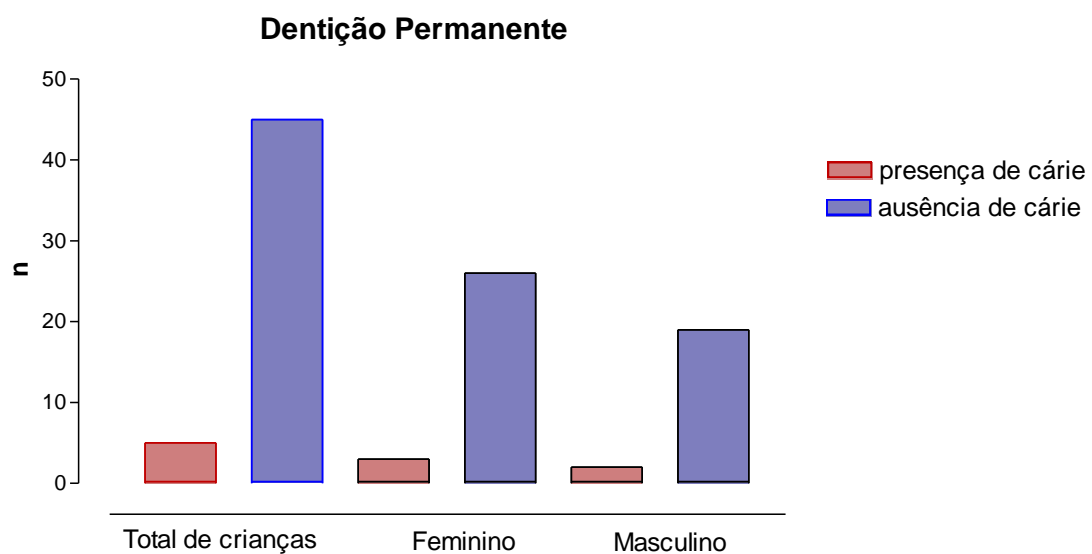


Figura 11- Presença e ausência de lesão de cárie na dentição permanente e por gênero masculino e feminino.

Tabela 3- Estatística descritiva no grupo de bebês para idade; presença/ausência de lesão de cárie nos dentes decíduos/permanentes e gêneros.

	Gênero Feminino		Gênero Masculino		Todas as crianças	
	N	%	N	%	N	%
	29	58.00%	21	42.00%	50	100.00%
Idade média (anos)	8.7		8.3		8.5	
Desvio padrão (anos)	1.9		2.1		2.0	
Idade mínima (anos)	6		6		6	
Idade máxima (anos)	12		12		12	
Dentição decídua	Gênero Feminino		Gênero Masculino		Todas as crianças	
Presença de lesão de cárie	10	34.48%	3	14.29%	13	26.00%
Ausência de lesão de cárie	19	65.52%	18	85.71%	37	74.00%
Total	29	100.00%	21	100.00%	50	100.00%
Dentição permanente	Gênero Feminino		Gênero Masculino		Todas as crianças	
Presença de lesão de cárie	3	10.34%	2	9.52%	5	10.00%
Ausência de lesão de cárie	26	89.66%	19	90.48%	45	90.00%
Total	29	100.00%	21	100.00%	50	100.00%

O grupo programa de bebês apresentou lesão de cárie nos dentes decíduos, permanentes e dentição mista, sendo que 16% das crianças desenvolveram lesão de cárie somente nos dentes decíduos, 0% das crianças desenvolveram lesão de cárie somente nos dentes permanentes e 10% das crianças desenvolveram lesão de cárie na dentição mista. A ausência lesão de cárie foi observada em 74% das crianças deste grupo. **(Tabela 4; Figura 12)**

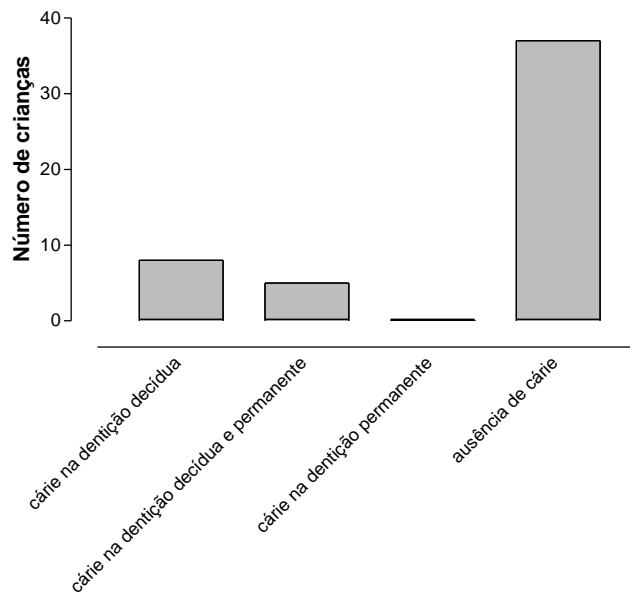


Figura 12 - Número de crianças com presença ou ausência de lesão de cárie de acordo com o tipo de dentição.

Tabela 4- Estatística descritiva para o nº de crianças do grupo de bebês, com presença ou ausência de lesão de cárie e o tipo de dentição.

Tipo	N	%
Ausência de lesão de cárie	37	74.00%
Lesão de cárie na dentição mista (decídua e permanente)	5	10.00%
Lesão de cárie na dentição decídua	8	16.00%
Lesão de cárie na dentição permanente	0	0.00%
Total	50	100.00%

O grupo programa de bebês foi avaliado com relação aos hábitos deletérios (sucção de dedo, chupeta, mamadeira), dieta, higienização e aleitamento noturno (**Tabela 5; Figura 13 a 16**). O hábito de sucção de mamadeira, chupeta e dedo apresentaram uma incidência de 65.63%, 28.13% e 6.25%, respectivamente. Incidência de 63.16%, 23.08% e 7.69% para o gênero feminino, respectivamente. Incidência de 69.23%, 31.58% e 5.269% para o gênero masculino, respectivamente. (**Tabela 5; Figura 12**). A ausência de aleitamento noturno e presença de aleitamento tiveram uma incidência de 74.00% e 26.00%, respectivamente. A ausência de aleitamento noturno e presença de aleitamento tiveram uma incidência de 72.41% e 27.59% para o gênero feminino, respectivamente. A ausência de

aleitamento noturno e presença de aleitamento tiveram uma incidência de 76.19% e 23.81% para o gênero masculino, respectivamente. **(Tabela 5; Figura 13)**. A higienização inadequada e adequada teve uma incidência de 42.00% e 58.00%, respectivamente. A higienização inadequada e adequada teve uma incidência de 51.72% e 48.28% para o gênero feminino, respectivamente. A higienização inadequada e adequada teve uma incidência de 71.43% e 28.57% para o gênero masculino, respectivamente. **(Tabela 5; Figura 14)**. A dieta não cariogênica e dieta cariogênica teve uma incidência de 88.00% e 12.00%, respectivamente. A dieta não cariogênica e dieta cariogênica teve uma incidência de 79.31% e 20.69% para o gênero feminino, respectivamente. A dieta não cariogênica teve uma incidência de 100.00% para o gênero masculino. **(Tabela 5; Figura 15)**.

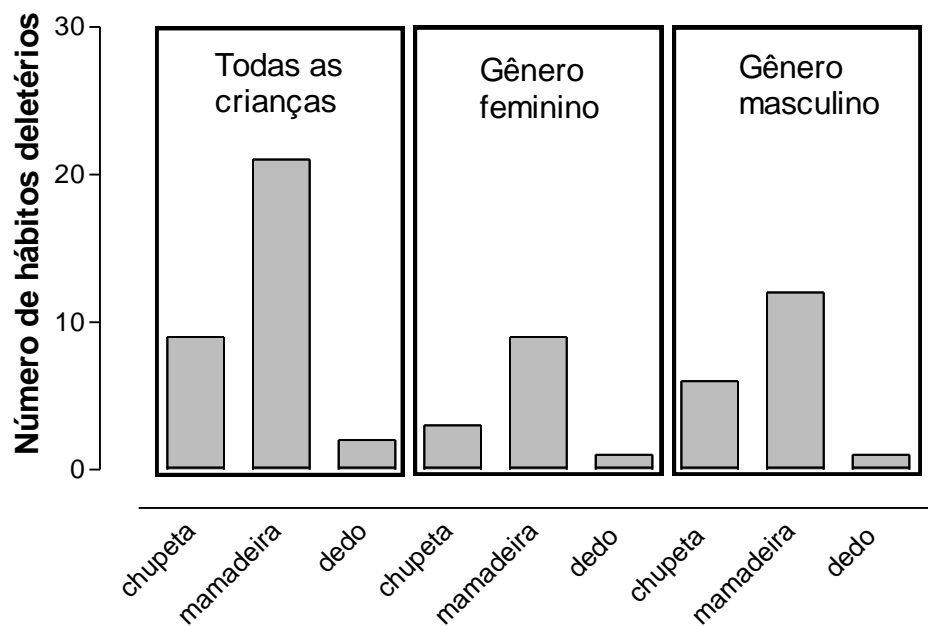


Figura 13- Número de hábitos deletérios (sucção de dedo, chupeta e mamadeira) para todas as crianças e por gênero.

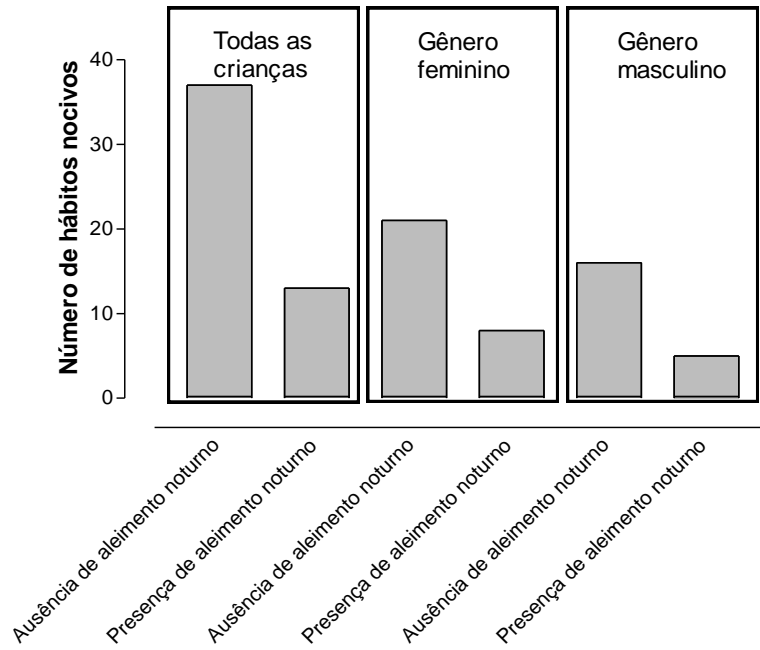


Figura 14- Presença e ausência de aleitamento noturno para todas as crianças e por gênero.

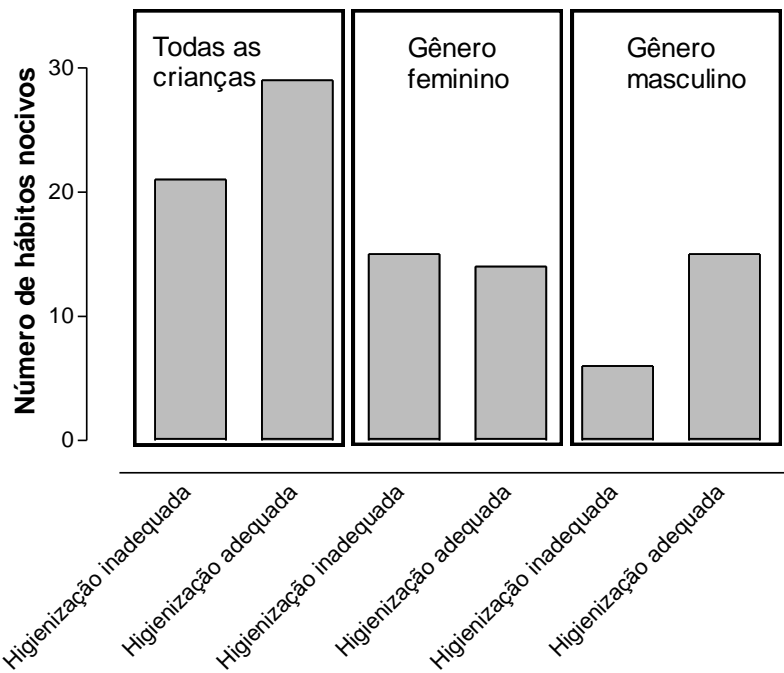


Figura 15- Higienização adequada e inadequada para todas as crianças e por gênero.

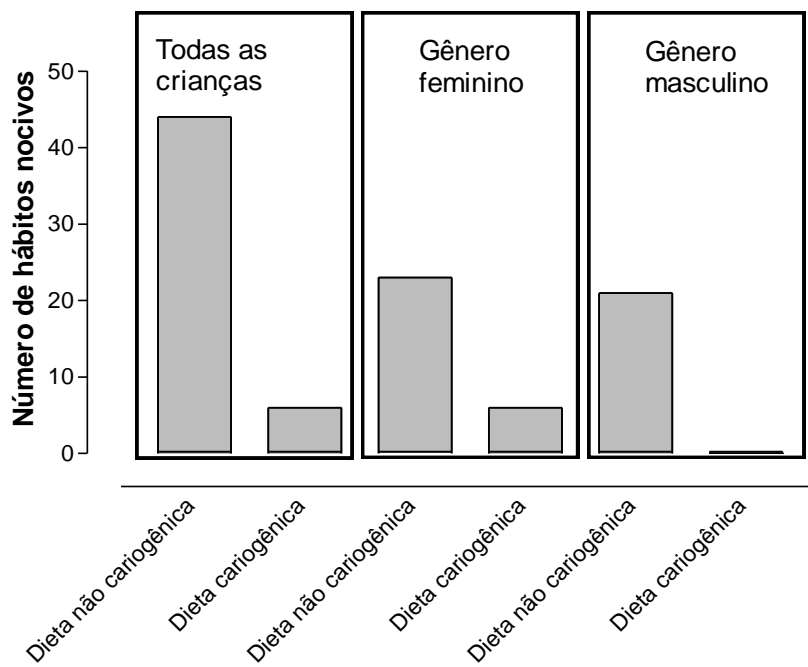


Figura 16- Dieta cariogênica e não cariogênica para todas as crianças e por gênero.

Tabela 5- Tabela de hábitos deletérios, aleitamento noturno, dieta e higienização do grupo de bebês.

	Todas as crianças		Gênero Feminino		Gênero Masculino	
	N	%	N	%	N	%
Sucção chupeta	9	28.13	3	23.08	6	31.58
Sucção mamadeira	21	65.63	9	63.16	12	69.23
Sucção dedo	2	6.25	1	7.69	1	5.26
Total	32	100.00	13	100.00	19	100.00
Ausência de aleitamento noturno	37	74.00	21	72.41	16	76.19
Presença de aleitamento noturno	13	26.00	8	27.59	5	23.81
Total	50	100.00	29	100.00	21	100.00
Higienização inadequada	21	42.00	15	51.72	6	28.57
Higienização adequada	29	58.00	14	48.28	15	71.43
Total	50	100.00	29	100.00	21	100.00
Dieta não cariogênica	44	88.00	23	79.31	21	100.00
Dieta cariogênica	6	12.00	6	20.69	0	0.00
Total	50	100.00	29	100.00	21	100.00

5.2 Análise estatística

A seguir são apresentados (**Tabela 6; Figura 17**) os resultados do Teste de Fischer, onde se observou associação ($p=0.0011$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e participação ou não no programa de bebês. A presença de lesão de cárie é 2.3 vezes menor, aproximadamente, nas crianças que participam do programa de bebês quando comparado ao grupo controle. A ausência de lesão de cárie é 1.9 vezes maior, aproximadamente, nas crianças que participam do programa de bebês quando comparado ao grupo controle. A ausência de lesão de cárie para dentes decíduos foi 74.00% e 40.00% nas crianças que participam do programa de bebês e grupo controle, respectivamente.

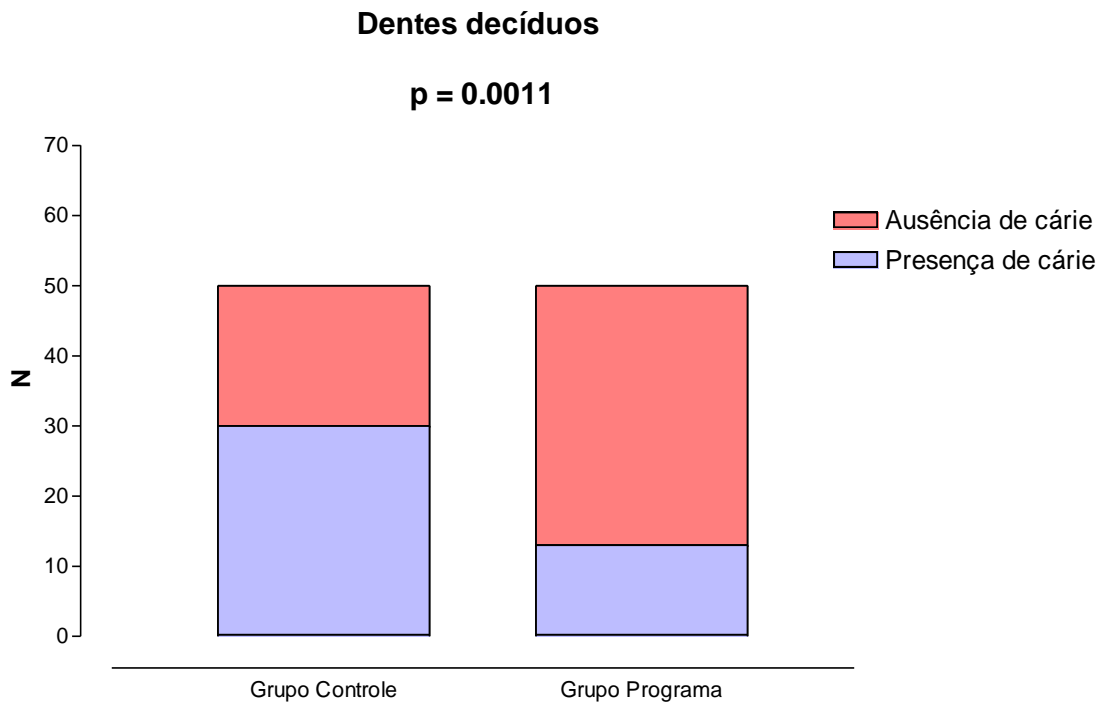


Figura 17 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes decíduos.

Tabela 6 - Associação entre participação ou não do grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes decíduos.

	Grupo Controle %	Grupo Programa %	Total %
Presença de lesão de cárie	30 (30%)	13 (13%)	43 (43%)
Ausência de lesão de cárie	20 (20%)	37 (37%)	57 (57%)
Total	5 (50%)	50 (50%)	100 (100%)

Teste de Fisher: $p=0.0011$; Intervalo de confiança de 95%: 1.828 to 9.973

A seguir são apresentados (**Tabela 7; Figura 18**) os resultados do Teste de Fischer, onde se observou associação ($p=0.0379$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e participação ou não no programa de bebês. A presença de lesão de cárie é 1.9 vezes menor, aproximadamente, nas crianças do gênero feminino que participam do programa de bebês quando comparado ao grupo controle. A ausência de lesão de cárie é 1.7 vezes maior, aproximadamente, nas crianças do gênero feminino que participam do programa de bebês quando comparado ao grupo controle. A ausência de lesão de cárie para dentes decíduos foi 65.52% e 40.00% nas crianças que participam do programa de bebês e grupo controle para o gênero feminino, respectivamente.

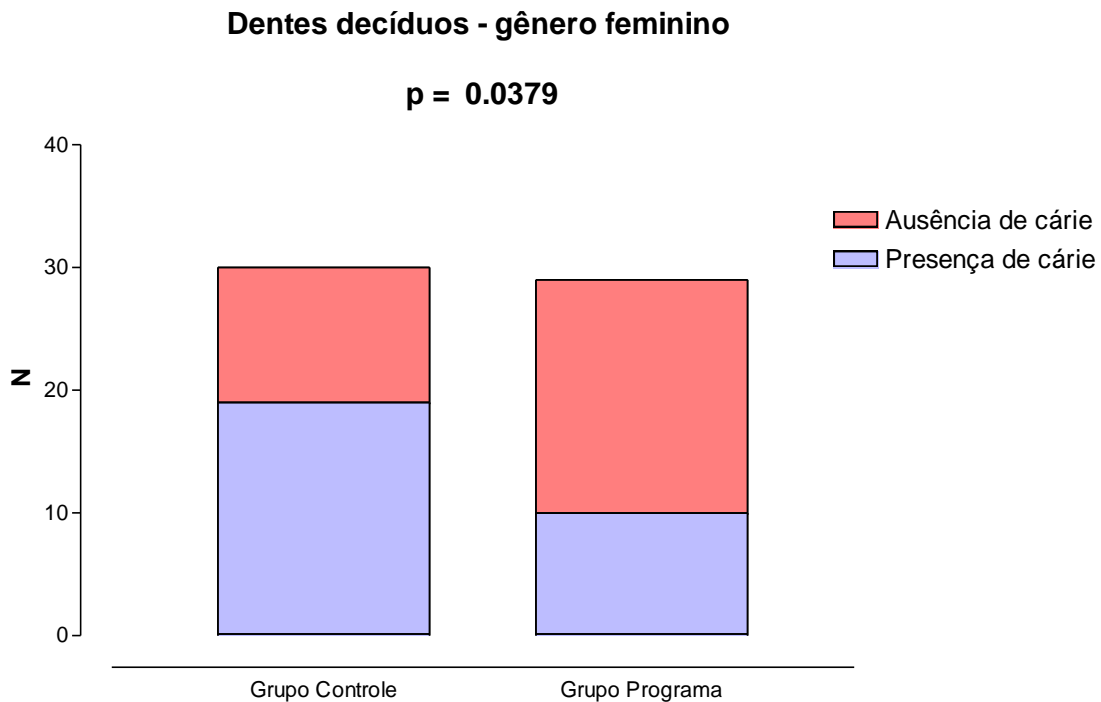


Figura 18- Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para o gênero feminino.

Tabela 7- Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para o gênero feminino.

	Grupo Controle %	Grupo Programa %	Total %
Presença de lesão de cárie	19 (32%)	10 (17%)	29 (49%)
Ausência de lesão de cárie	11 (19%)	19 (32%)	30 (51%)
Total	30 (51%)	29 (49%)	59 (100%)

Teste de Fisher: p=0.0379; Intervalo de confiança de 95%: 1.129 - 9.538

A seguir são apresentados (**Tabela 8; Figura 19**) os resultados do Teste de Fischer, onde se observou associação ($p=0.0088$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e participação ou não no programa de bebês. A presença de lesão de cárie é 3.7 vezes menor, aproximadamente, nas crianças do gênero masculino que participam do programa de bebês quando comparado ao grupo controle. A ausência de lesão de cárie é 2 vezes maior nas crianças do gênero masculino que participam do programa de bebês quando comparado ao

grupo controle. A ausência de lesão de cárie para dentes decíduos foi 85.71% e 45.00% nas crianças que participam do programa de bebês e grupo controle para o gênero masculino, respectivamente.

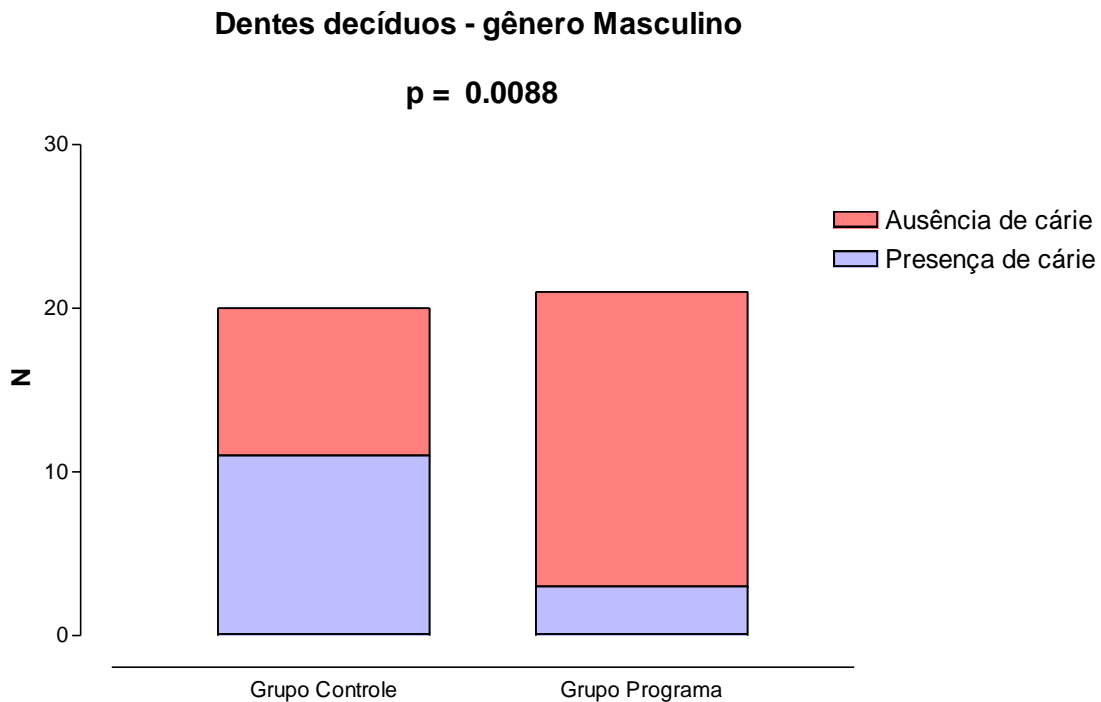


Figura 19 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para o gênero masculino.

Tabela 8 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para o gênero masculino.

	Grupo Controle	Grupo Programa	Total
	%	%	%
Presença Cárie	11 (27%)	3 (7%)	14 (34%)
Ausência Cárie	9 (22%)	18 (44%)	27 (66%)
Total	20 (49%)	21 (51%)	41 (100%)

Teste de Fisher: p=0.0088; Intervalo de confiança de 95%: 1.625 to 33.097

A seguir são apresentados (**Tabela 9; Figura 20**) os resultados do Teste de Fischer, onde não se observou associação ($p=0.7596$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes permanentes e participação ou não no programa de bebês. A ausência de lesão de cárie para dentes permanentes foi 90.00% e 86.00% nas crianças que participam do programa de bebês e grupo controle, respectivamente.

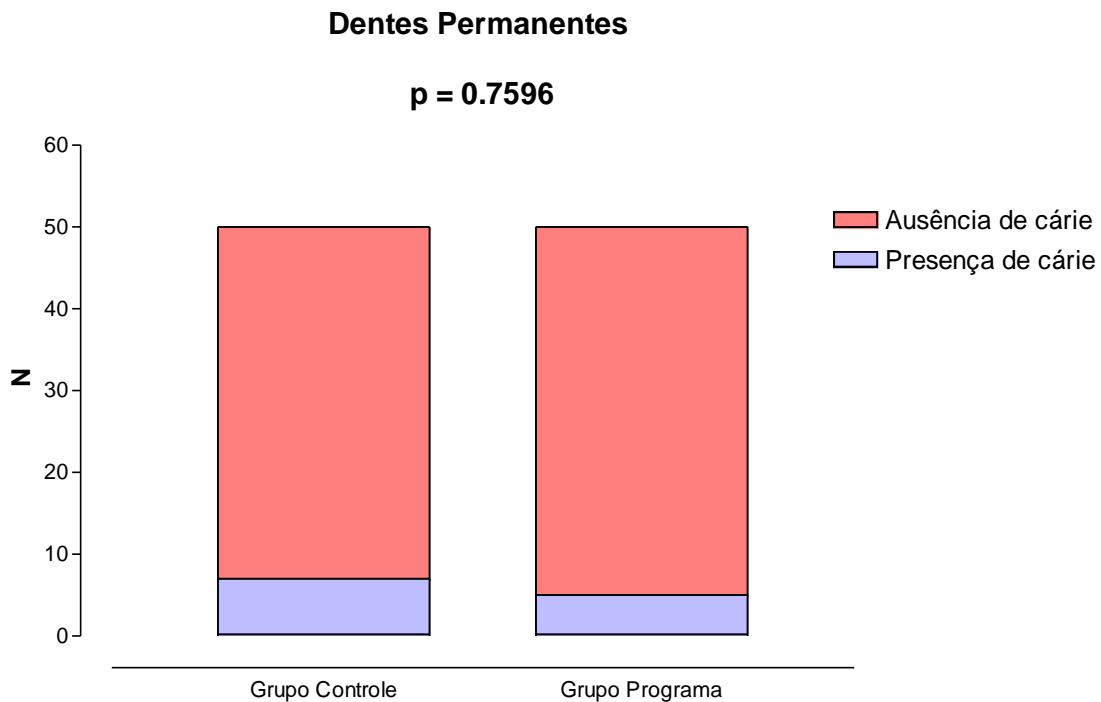


Figura 20- Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes permanentes.

Tabela 9- Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes permanentes.

	Grupo Controle%	Grupo Programa%	Total%
Presença de lesão de cárie	7(7%)	5(5%)	12(12%)
Ausência de lesão de cárie	43(22%)	45(45%)	88(88%)
Total	50(50%)	50(50%)	100(100%)

Teste de Fisher: $p=0.7596$; Intervalo de confiança de 95%: 0.4318 - 4.971

A seguir são apresentados (**Tabela 10; Figura 21**) os resultados do Teste de Fischer, onde não se observou associação ($p=0.7065$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes permanentes e participação ou não no programa de bebês para o gênero feminino. A ausência de lesão de cárie para dentes permanentes foi 89.66% e 83.33% nas crianças que participam do programa de bebês e grupo controle para o gênero feminino, respectivamente.

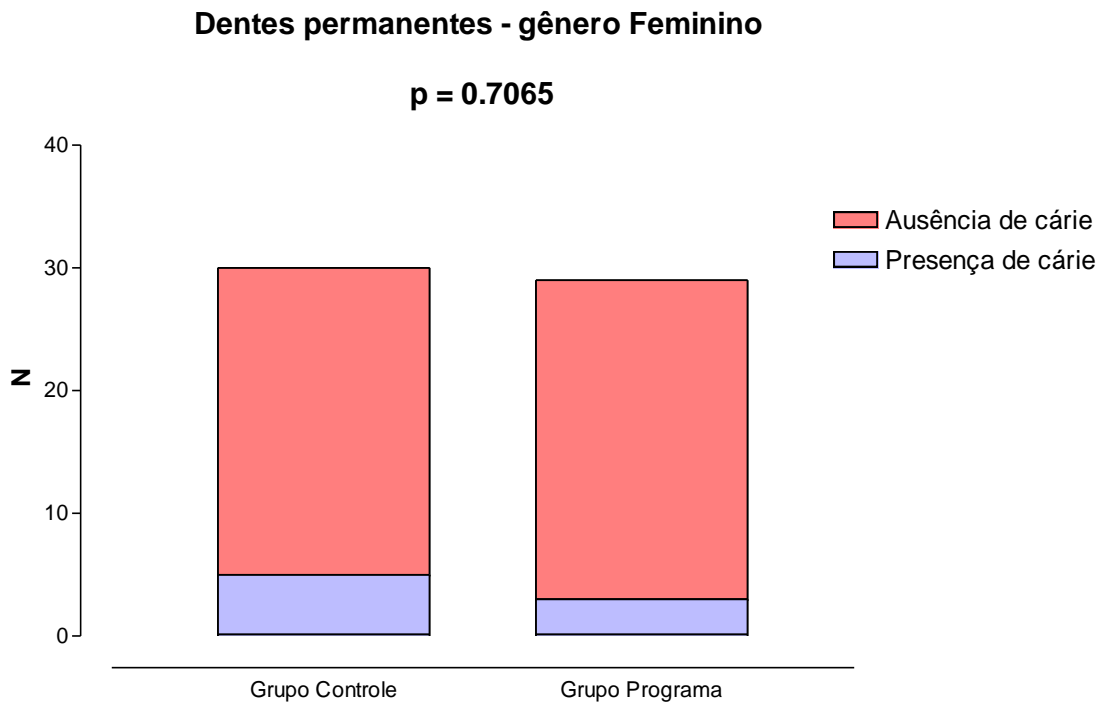


Figura 21- Grupo controle e grupo programa de bebês com relação a presença e ausência de lesão de cárie para dentes permanentes para o gênero feminino.

Tabela 10- Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes permanentes para o gênero feminino.

	Grupo Controle %	Grupo Programa %	Total %
Presença de lesão de cárie	5 (9%)	3 (5%)	8 (14%)
Ausência de lesão de cárie	25 (42%)	26 (44%)	51 (86%)
Total	30 (51%)	29 (49%)	59 (100%)

Teste de Fisher: $p=0.7065$; Intervalo de confiança de 95%: 0.3741 -8.032

A seguir são apresentados (**Tabela 11; Figura 22**) os resultados do Teste de Fischer, onde não se observou associação ($p=1.0000$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes permanentes e participação ou não no programa de bebês para o gênero masculino. A ausência de lesão de cárie para dentes permanentes foi 90.48% e 90.00% nas crianças que participam do programa de bebês e grupo controle para o gênero masculino, respectivamente.

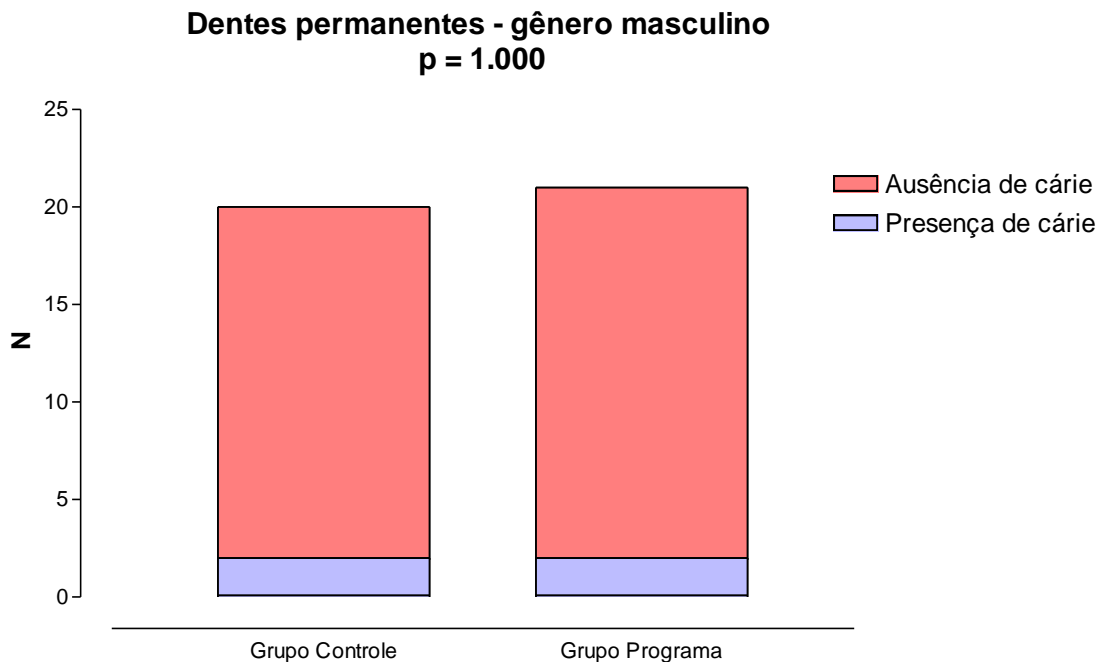


Figura 22- Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes permanentes para o gênero masculino.

Tabela 11 - Grupo controle e grupo programa de bebês com relação à presença e ausência de lesão de cárie para dentes permanentes para o gênero masculino.

	Grupo Controle %	Grupo Programa %	Total %
Presença de lesão de cárie	2 (5%)	2 (5%)	4 (10%)
Ausência de lesão de cárie	18 (44%)	19 (46%)	37 (90%)
Total	20 (49%)	21 (51%)	41 (100%)

Teste de Fisher: $p=1.0000$; Intervalo de confiança de 95%: 0.1340 - 8.313

A seguir são apresentados (**Tabela 12; Figura 23**) os resultados do Teste de Fischer, onde se observou associação ($p=0.0017$) entre presença/ausência de lesão

de cárie para dentes decíduos para as crianças do programa de bebês com relação ao aleitamento noturno. A incidência de lesão de cárie foi 61.54% e 13.51% nas crianças com e sem de aleitamento noturno, respectivamente. As crianças com aleitamento noturno apresentaram 4.6 vezes mais lesão de cárie com relação às crianças sem aleitamento noturno, proporcionalmente.

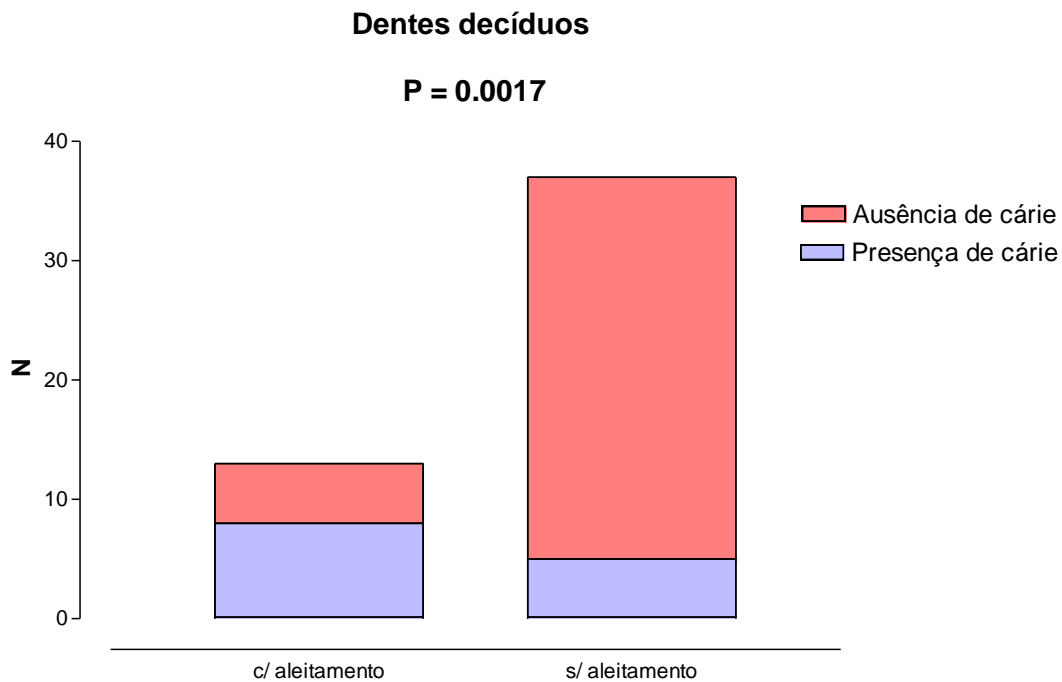


Figura 23- Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.

Tabela 12- Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.

	C/ aleitamento	S/ aleitamento	Total
	%	%	%
Presença de lesão de cárie	8 (16%)	5 (10%)	13 (26%)
Ausência de lesão de cárie	5 (10%)	32 (64%)	37 (74%)
Total	13 (26%)	37 (74%)	50 (100%)

Teste de Fisher: $p=0.0017$; Intervalo de confiança de 95%: 2.373 - 44.188

A seguir são apresentados (**Tabela 13; Figura 24**) os resultados do Teste de Fisher, onde não se observou associação ($p=0.0834$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para as crianças do gênero feminino do programa de bebês com relação ao aleitamento noturno

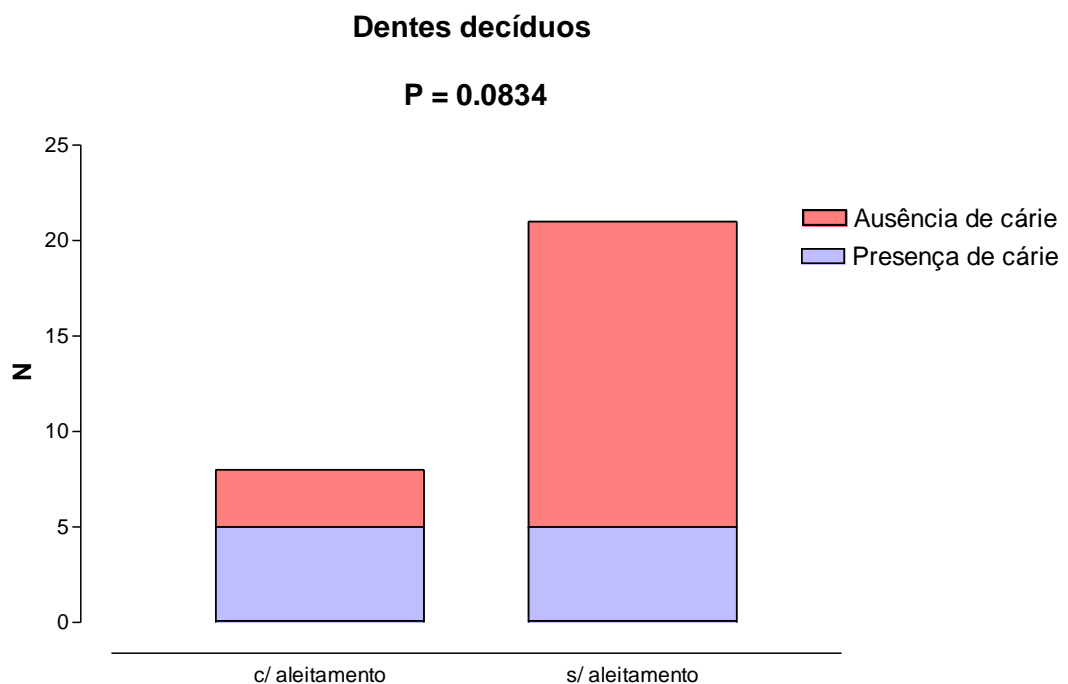


Figura 24- Grupo programa de bebês gênero feminino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.

Tabela 13- Grupo programa de bebês gênero feminino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.

	C/ aleitamento	S/ aleitamento	Total
	%	%	%
Presença de lesão de cárie	5 (17%)	5 (17%)	10 (34%)
Ausência de lesão de cárie	3	16	19

	(11%)	(55%)	(66%)
Total	8	21	29
	(28%)	(72%)	(100%)

Teste de Fisher: $p=0.0834$; Intervalo de confiança de 95%: 0.9278 - 30.658

A seguir são apresentados (**Tabela 14; Figura 25**) os resultados do Teste de Fischer, onde se observou associação ($p=0.0075$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para as crianças do gênero masculino do programa de bebês com relação ao aleitamento noturno. Para o gênero masculino, não houve lesão de cárie nas crianças sem aleitamento noturno.

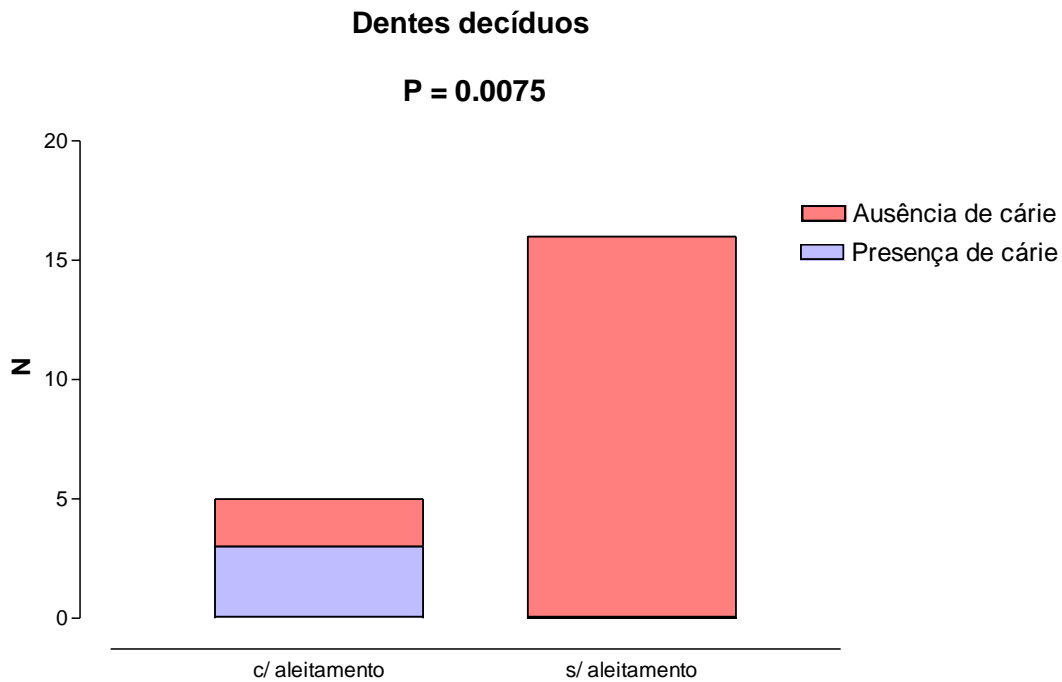


Figura 25- Grupo programa de bebês gênero masculino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.

Tabela 14- Grupo programa de bebês gênero masculino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e com/sem aleitamento noturno.

	C/ aleitamento	S/ aleitamento	Total
--	----------------	----------------	-------

	%	%	%
Presença de lesão de cárie	5 (17%)	5 (17%)	10 (34%)
Ausência de lesão de cárie	3 (11%)	16 (55%)	19 (66%)
Total	8 (28%)	21 (72%)	29 (100%)

Teste de Fisher: $p=0.0075$; Intervalo de confiança de 95%: 1.793 - 1190.2

A seguir são apresentados (**Tabela 15; Figura 26**) os resultados do Teste de Fischer, onde se observou associação ($p=0.0001$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para as crianças do programa de bebês com relação à higienização adequada e inadequada. A incidência de lesão de cárie foi 0% e 61.90% nas crianças com higienização adequada e inadequada, respectivamente.

Dentes decíduos

$P < 0.0001$

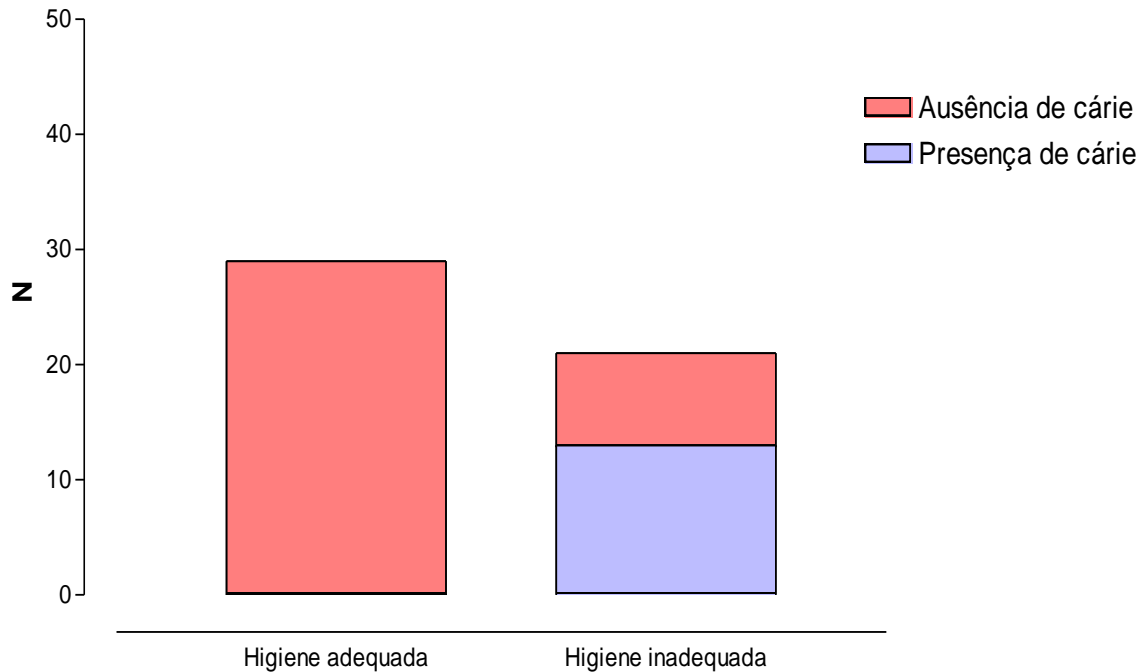


Figura 26- Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.

Tabela 15 - Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.

	Hig. Adequada	Hig. Inadequada	Total
	%	%	%
Presença de lesão de cárie	0 (0%)	13 (26%)	13 (26%)
Ausência de lesão de cárie	29 (58%)	8 (16%)	37 (74%)
Total	29 (58%)	21 (42%)	50 (100%)

Teste de Fisher: $p < 0.0001$; Intervalo de confiança de 95%: 0.0005729 - 0.1988

A seguir são apresentados (**Tabela 16; Figura 27**) os resultados do Teste de Fischer, onde se observou associação ($p=0.0002$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para as crianças gênero feminino do programa de bebês com relação a higienização adequada e inadequada. A incidência de lesão de cárie foi 26.32% e 100% nas crianças gênero feminino com higienização adequada e inadequada, respectivamente.

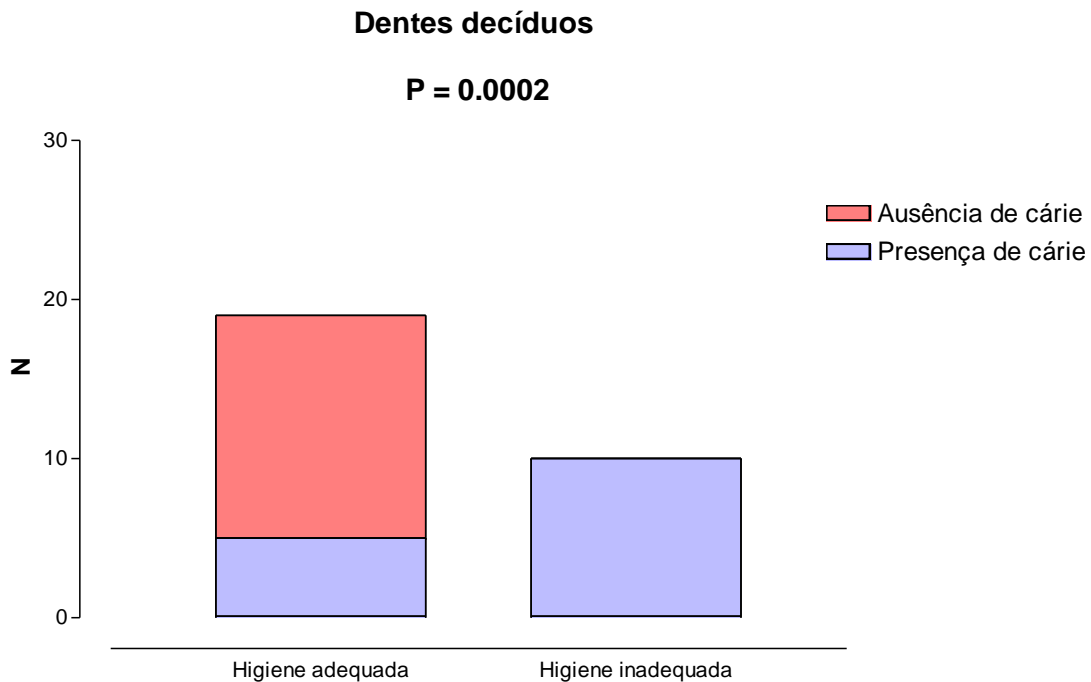


Figura 27- Grupo programa de bebês gênero feminino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.

Tabela 16- Grupo programa de bebês gênero feminino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.

	Hig. Adequada	Hig. Inadequada	Total
	%	%	%
Presença de lesão de cárie	5 (17%)	10 (34%)	15 (52%)
Ausência de lesão de cárie	14 (48%)	0 (0%)	14 (48%)

Total	19 (66%)	10 (34%)	29 (100%)
Teste de Fisher: $p=0.0002$; Intervalo de confiança de 95%: 0.0008968 - 0.3638			

A seguir são apresentados (**Tabela 17; Figura 28**) os resultados do Teste de Fischer, onde se observou associação ($p=0.0002$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para as crianças gênero masculino do programa de bebês com relação a higienização adequada e inadequada. A incidência de lesão de cárie foi 16,67% e 100% nas crianças gênero masculino com higienização adequada e inadequada, respectivamente.

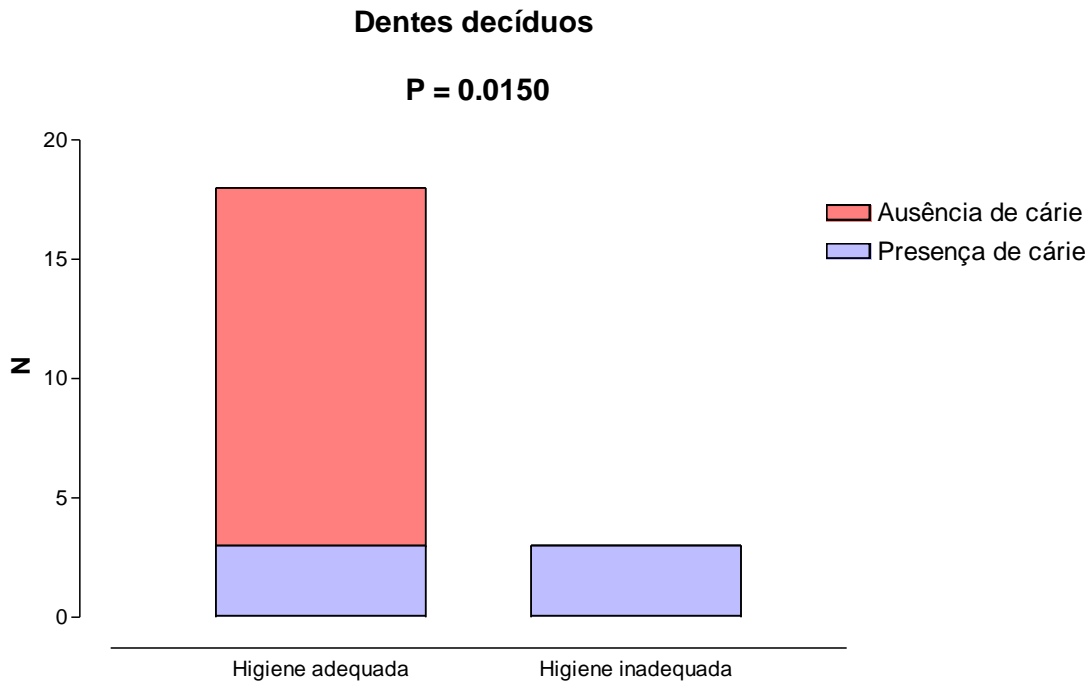


Figura 28- Grupo programa de bebês gênero masculino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.

Tabela 17- Grupo programa de bebês gênero masculino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e higienização adequada e inadequada.

	Hig. Adequada%	Hig. Inadequada %	Total %
Presença de lesão de cárie	5(17%)	10 (34%)	15 (52%)
Ausência de lesão de cárie	14 (48%)	0(0%)	14 (48%)
Total	19(66%)	10(34%)	29(100%)

Teste de Fisher: p=0.0150; Intervalo de confiança de 95%: 0.001338 - 0.7780

A seguir são apresentados (**Tabela 18; Figura 29**) os resultados do Teste de Fischer, onde se observou associação ($p < 0.0001$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para as crianças do programa de bebês com relação a higienização adequada e inadequada. A incidência de lesão de cárie foi 15.91% e 100% nas crianças com dieta não cariogênica e cariogênica, respectivamente.

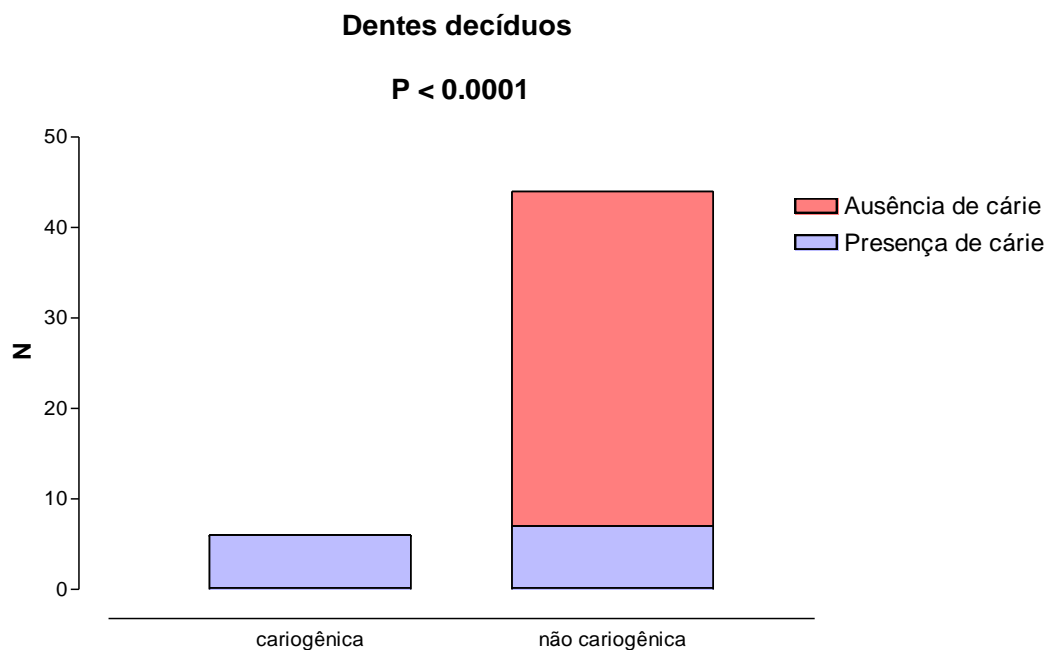


Figura 29 - Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.

Tabela 18 - Grupo programa de bebês - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.

	Cariogênica %	Não Cariogênica %	Total %
Presença de lesão de cárie	6(12%)	7(14%)	13(26%)
Ausência de lesão de cárie	0 (0%)	37(74%)	37(74%)
Total	6 (12%)	44(88%)	50(100%)

Teste de Fisher: $p=0.0001$; Intervalo de confiança de 95%: 3.295 - 1282.4

A seguir são apresentados (**Tabela 19; Figura 30**) os resultados do Teste de Fischer, onde se observou associação ($p=0.0004$) entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para as crianças do gênero feminino do programa de bebês com relação à dieta não cariogênica e cariogênica. A incidência de lesão de cárie foi 15.91% e 100% nas crianças do gênero feminino com dieta não cariogênica e cariogênica respectivamente.

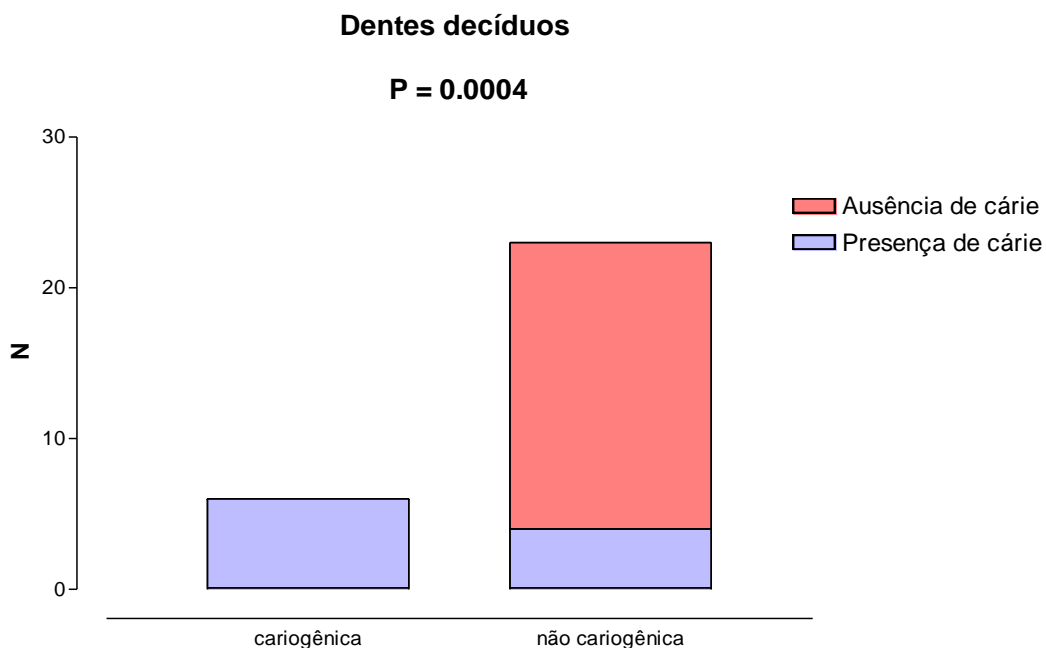


Figura 30- Grupo programa de bebês do gênero feminino - relação da

presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.

Tabela 19- Grupo programa de bebês do gênero feminino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.

	Cariogênica %	Não Cariogênica %	Total %
Presença de lesão de cárie	6 (21%)	4 (13%)	10 (34%)
Ausência de lesão de cárie	0 (0%)	19 (66%)	19 (66%)
Total	6 (21%)	23 (79%)	29 (100%)

Teste de Fisher: $p=0.0004$; Intervalo de confiança de 95%: 2.656 - 1194.7

A seguir são apresentados (**Tabela 20; Figura31**) os resultados entre presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos para as crianças do gênero masculino de bebês com relação à dieta não cariogênica e cariogênica. Nenhuma criança do gênero masculino do grupo de bebês fazia prática de dieta cariogênica (0%). Não houve variável. A incidência de lesão de cárie foi 14% das crianças do gênero masculino e 86% não apresentaram lesão de cárie. Portanto não coube aqui a avaliação da associação das variáveis com o teste de Fisher.

Dentes decíduos

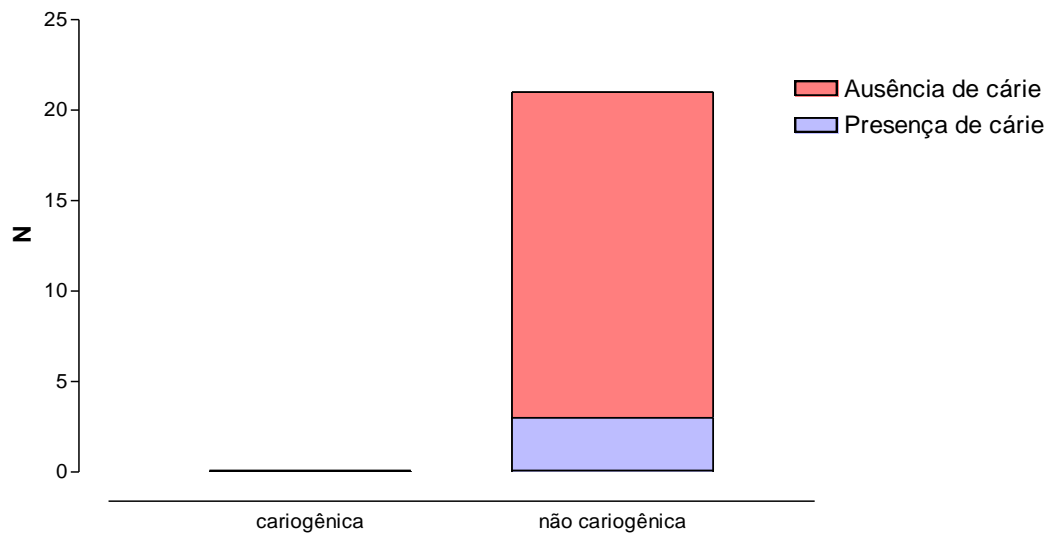


Figura 31- Grupo programa de bebês do gênero masculino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.

Tabela 20 - Grupo programa de bebês do gênero masculino - relação da presença/ausência de lesão de cárie para dentes decíduos e dieta não cariogênica e cariogênica.

	Cariogênica	Não Cariogênica	Total
	%	%	%
Presença de lesão de cárie	0 (0%)	33 (14%)	33 (14%)
Ausência de lesão de cárie	0 (0%)	18 (86%)	18 (86%)
Total	0 (0%)	21 (100%)	21 (100%)

6. DISCUSSÃO

Apesar do declínio substancial da prevalência de cárie em crianças das últimas décadas, os dados epidemiológicos existentes ainda são preocupantes, na faixa etária de 18 a 36 meses em 2003 mostraram que 27% delas possuem cárie⁽²²⁾. Em 2010 a faixa de 5 anos chegou a 53,4% delas com pelo menos um dente cariado, cabendo salientar que, apenas 20% receberam tratamento odontológico. Aos 12 anos apresentaram um índice de 56,5% de pelo menos um dente permanente cariado⁽²³⁾. O grande obstáculo para o sucesso no controle da cárie na primeira infância tem sido a falta de interesse das famílias. Portanto, para promover saúde oral infantil é imprescindível a conscientização, rotinas e hábitos de higiene, comprometimento, assiduidade dos responsáveis aos programas de prevenção⁽⁵¹⁾⁽⁸¹⁾. A prática da saúde bucal infantil é recomendada por muitos anos, mas ainda encontra resistência por alguns profissionais médicos e odontólogos⁽³⁶⁾. Então para o sucesso no controle da cárie na primeira infância também é necessário mais empenho e dedicação das equipes dos profissionais dos programas.

A prevalência de crianças com cárie de certas amostras tem sido superior ao estipulado pela OMS (até 3 dentes cariados)⁽⁶⁰⁾. Muitos autores preconizam em seus estudos a prevenção odontológica nas crianças ainda na primeira infância através de programas de atenção odontológica para bebês⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾⁽²⁰⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁵⁴⁾⁽⁶¹⁾⁽⁶⁷⁾⁽⁷³⁾. Porém a maioria dos estudos na literatura sobre prevalência de cárie em programas odontológicos preventivos não são comparativos. Então para avaliar a presença de cáries nas crianças que participaram do programa preventivo entre 2006 e 2012 na unidade ESF São Bento do município de Santos/SP, desenvolvemos uma pesquisa nos prontuários de 100 crianças entre 6 a 12 anos, comparando dois grupos, 50 delas participaram do Grupo de Bebês na primeira infância e as outras 50 não receberam nenhum atendimento preventivo, observamos que 74% das crianças do grupo que participou assiduamente do Programa Odontológico de Bebês, não apresentaram cáries nos dentes decíduos, enquanto no grupo que nunca foi exposto a nenhum tratamento preventivo 40% não apresentou cárie nos dentes decíduos. A variável “presença de cárie” nos dentes decíduos foi 2.3 vezes menor no Grupo de Bebês, com uma média de idade de 8,5 anos. Confirmamos então numa pesquisa

comparativa que o Programa de odontologia para bebês deve ser preconizado como ação preventiva de saúde bucal no sérico público.

Foi feita uma associação entre cárie na dentição decídua posterior, que atuaria como um fator preditivo de cárie em molares permanentes⁽⁴⁰⁾, porém nesta pesquisa em relação à variável de presença de cárie nos dentes permanentes isso não foi observado, quase não houve diferença significativa entre os dois grupos, 10% com presença de cárie no Grupo dos Bebês e 14% com presença de cáries no Grupo Controle. Uma das justificativas para este fato seria a faixa etária escolhida para a pesquisa (6 a 12 anos), nesta faixa etária a criança tem o primeiro molar permanente e no máximo o segundo molar permanente recém erupcionado, além de que na unidade ESF São Bento, uma vez que a criança tenha alta do tratamento convencional, mesmo que seja de livre demanda, além do tratamento curativo recebe também tratamento preventivo, com orientações sobre dieta e higienização, assim como seus pais e retornos periódicos.

Vários autores mencionam que um fator muito importante para o sucesso do programa odontológico preventivo é a motivação dos pais, fazendo com que estes retornem às consultas periódicas⁽¹²⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁶¹⁾⁽⁶³⁾⁽⁷⁴⁾⁽⁷⁵⁾. É importante salientar que neste estudo os fatores de inclusão e exclusão do Grupo de Bebês foram bem criteriosos em relação à assiduidade ao programa, o retorno do bebê determina esta motivação dos pais e vínculo com o profissional.

Dos fatores de risco para lesões de cárie, um dos principais são os fatores socioeconômicos. Por razões financeiras e sociais famílias com um nível socioeconômico mais baixo parecem apresentar uma menor percepção da necessidade de cuidados, de prevenção, consumindo mais açúcar e utilizando menos os serviços preventivos mesmo quando o seu acesso é gratuito⁽³⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴⁸⁾⁽⁶⁰⁾⁽⁶²⁾⁽⁶³⁾. Por isso quando da realização de pesquisas de prevalência de cárie na primeira infância comparando dois grupos, é importante o emparelhamento neste fator. Houve este cuidado neste estudo, pois nos dois grupos as crianças possuíam a mesma faixa etária (de 6 a 12 anos) e moravam na mesma comunidade, portanto possuíam as mesmas condições sócio-econômicas.

A redução da prevalência e incidência de cáriedentária e as mudanças na distribuição e padrão da doença nos últimos anos têm sido bem documentadas ⁽⁶²⁾.

Contudo mesmo os poucos estudos comparativos relacionados com o atendimento precoce encontrados, a maioria não apresentava um emparelhamento de variáveis, principalmente em relação à idade, que já foi demonstrada em outros estudos, como um fator importante para a prevalência de cáries. Observou-se que não são utilizados grupos - controle devidamente ajustados e oriundos de uma mesma população. Num estudo para avaliar um grupo preventivo de bebês em Londrina, verificou-se a prevalência de cáries de 281 crianças de 0 a 5 anos⁽¹⁶⁾, entretanto o estudo foi do tipo antes e depois, sem um grupo controle de comparação.

Em um outro estudo foram avaliados 100 prontuários clínicos de crianças na faixa etária de 0 a 60 meses, participantes de um programa de atenção odontológica e verificaram que a grande maioria das mães não seguiu as recomendações, evidenciando que, ou as orientações não foram adequadamente transmitidas e/ou compreendidas, ou outras variáveis familiares e/ou culturais tiveram uma força preponderante na determinação dos comportamentos relacionados à saúde bucal das crianças, (introdução de hábitos deletérios)⁽⁶⁰⁾. Os aspectos comportamentais responsáveis pela determinação de uma pobre higiene oral, possivelmente, contribuem para o estabelecimento de um perfil inadequado de consumos de alimentos cariogênicos⁽¹³⁾. Não se deve acreditar que, uma vez fornecidos conhecimentos aos pais, estes serão prontamente utilizados na prevenção⁽⁷⁸⁾. É um grande desafio trabalhar com a promoção da saúde no setor público, são necessárias ações práticas voltadas para a educação em saúde, especialmente no campo da odontologia para bebês, a motivação dos pais é comprovadamente de suma importância para o sucesso dos resultados.

Um ponto fundamental nos programas de assistência odontológica para bebês é a necessidade da educação e da conscientização dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos, em razão da enorme influência que a família exerce na definição dos hábitos dietéticos e de higiene bucal da criança⁽⁷⁹⁾. A educação em saúde isoladamente não consiste em um método totalmente eficaz e seguro, uma vez que sua aplicação foge do controle do profissional⁽⁸⁰⁾.

Muitos autores associam CPI ao estilo de vida, que compreende práticas alimentares inadequadas, habilidade insuficiente em higiene oral, aleitamento noturno açucarado com desmame tardio⁽³⁾⁽⁴⁾⁽³⁹⁾⁽⁴¹⁾⁽⁵⁸⁾⁽⁷⁰⁾⁽⁷³⁾. Devido a essas

incertezas havia a necessidade de se avaliar as ações desenvolvidas dentro do Programa Odontológico de Bebês da Unidade ESF São Bento em relação à educação aos pais sobre a prática de hábitos deletérios na primeira infância: prática de aleitamento noturno, dieta cariogênica e higienização inadequada nos primeiros anos, para tanto foram comparadas as associações dessas variáveis com a presença ou não de cárie, neste estudo. As informações dos hábitos deletérios foram retiradas da ficha clínica do grupo de bebês, quando tinham de 0 à 3 anos, por este motivo essas associações só puderam ser analisadas usando o teste exato de Fisher, no grupo de bebês.

Verificamos associação entre presença de cárie e a prática de aleitamento noturno. As crianças que praticavam o aleitamento noturno apresentaram 4.6 vezes mais cáries do que as crianças que não possuíam essa prática, porém essa associação somente foi observada nas crianças do gênero masculino, no gênero feminino não houve diferença estatisticamente significativa para a associação. Houve também associação de presença de cáries com higienização inadequada, das crianças que faziam prática de higienização inadequada 61,9% apresentaram cárie e as crianças cuja higienização era adequada nenhuma apresentou cárie, em ambos os gêneros. A associação entre presença de cáries e dieta cariogênica também foi verificada, todas as crianças que possuíam dieta cariogênica apresentaram cárie e das crianças que possuíam uma dieta não cariogênica 15,91% não apresentaram cárie, em ambos os gêneros. Cabe aqui ressaltar que todas as crianças do gênero masculino do grupo de bebês não praticavam dieta cariogênica.

Em relação aos hábitos de sucção observou-se que das crianças do Grupo de Bebês que tinha essa prática, 65,63% fizeram uso de mamadeira; 28,13% fizeram uso de chupeta e 6,25% fizeram uso de sucção de dedo, nos três primeiros anos de vida. Sendo assim para a verificação da efetividade do protocolo atual do programa, esses dados são muito relevantes, há de se planejar mais ações com mais ênfase ao aleitamento materno (reformular a orientação da palestra educativa em relação à amamentação).

Num estudo para avaliar a eficácia do grupo Preventivo de Bebês em Jacareí, concluiu-se que um dos motivos do sucesso do grupo, se deu devido à assiduidade dos pais às consultas⁽⁸¹⁾. Pode-se então complementar que o problema não é só

negligência dos responsáveis, um fator muito importante para uma boa condição de saúde bucal dos bebês é a motivação dada aos responsáveis. Quanto maior for a dedicação, o empenho e o conhecimento técnico do profissional em orientar e sensibilizar os pais em relação a higienização, dieta, aleitamento e hábitos deletérios do bebê, maior será a assiduidade aos retornos na unidade de saúde e execução dos cuidados determinados com os bebês. Para tanto são necessárias ações organizadas de educação em saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cabe aos Municípios a organização das ações, o estabelecimento de fluxos, o acompanhamento e a avaliação de todos os programas de educação em saúde da ESF, inclusive de saúde bucal, constituindo um caminho, ou seja, um Protocolo⁽⁴⁹⁾. Mas infelizmente de maneira geral, não existe padronização nos programas odontológicos de bebês dentro da ESF, ficando muitas vezes a cargo do dentista a decisão de que forma se dará esse atendimento, quais as ações a serem desenvolvidas e de que forma se dará o retorno e ao mesmo tempo a avaliação da efetividade do atendimento.

Embora não se tenha dados concretos, precisamos levar em conta que a prática de um modelo tradicional com padronização de atendimento a bebês durante aproximadamente 25 anos, como é o praticado na unidade ESF São Bento, pode exercer forte influência sobre o perfil de populações com alta prevalência de cáries e poucos recursos financeiros. Por isso fomos buscar também essas confirmações, sobre o protocolo de nossas ações, neste estudo científico. Os dados demonstraram que as ações padronizadas do programa preventivo foram eficientes na prevenção de cáries, porém se faz necessário alguns ajustes no protocolo em relação às ações de sensibilização aos pais e responsáveis sobre a prática do hábito deletério, principalmente o uso de mamadeira. Isso foi avaliado a fim de se identificar os principais obstáculos que interferem no programa, e buscar soluções para atingir o objetivo da proposta na saúde primária. Para tanto apesar desta ação já ser praticada, precisa ser melhorada, inclusive com mais ênfase ao aleitamento materno, pois verificamos que 65,63% das crianças do Grupo de Bebês fizeram uso de mamadeira durante a primeira infância, com conseqüente desmame precoce.

7. CONCLUSÕES

- ✓ Concluiu-se que o programa de atendimento odontológico precoce focado na educação e ações preventivas, apresentou às crianças, menores índices de lesão de cárie, quando comparadas às crianças atendidas pela demanda espontânea.
- ✓ Houve correlação de lesão de cárie nos dentes decíduos com hábitos deletérios: Dieta criogênica, higienização inadequada e aleitamento noturno.
- ✓ É necessário melhorar a motivação dos pais, com mais ênfase em relação ao aleitamento materno, com menos desmame precoce.
- ✓ Ficou evidenciado que para o sucesso do Programa Odontológico para Bebês, são necessárias ações de saúde práticas organizadas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bowden G, Edwardsson S. Oral ecology and dental caries. In: Thylstrup A.; Fejerskov O. Textbook of clinical cariology. Copenhagen: Munksgaard, 2^o ed, 1994. p. 45-69.
2. Ribeiro NME et al. Aleitamento materno e cárie . Jornal de Pediatria. S200
Jornal de Pediatria, v. 80, n. 5, 2004.
3. Cangussu CM, Cabral MBBS, Mota ELA, Pereira VMI. Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador-BA. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife, 16 (1): 57-65 jan. / mar., 2016.
4. Frota FDS . Interrelação entre o tempo de amamentação , introdução de hábitos bucais de letérios, cárie precoce e a ocorrência de maloclusão em crianças com deficiência e de crianças fenotipicamente normais : estudo comparativo. Araçatuba, 2009. 89 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.
5. Walter LRF, Nakama RK. Prevention of dental caries in the first year of life. J Bras Dent Res 1994; 73(4):773.
6. Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 9.ed., São Paulo: Livraria Santos Editora, 2016, p369-370 e p377-379.
7. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VY S. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês . RGO, Porto Alegre, v. 55, n.3: p. 271-274, jul./set. 2007.
8. Walter LRF. Manual de Odontologia para Bebês. 2ed; Arte Médicas Editora, 2014.
9. Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 6. ed. São Paulo: Santos, 2013.
10. Oliveira ALB, Botta ACM, Rossell FL. Promoção de Saúde Bucal em Bebês. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, v. 22, n. 3, p. 247-253, 2010.

11. Ferreira ARC, Gaiva MAM. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe* 2001; 4(22): 485-9.
12. Martins ALCF, Tessler APCV, Correa M S N P. Controle mecânico e químico da placa bacteriana. In: Correa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1998. Cap. 22, p. 271-278.
13. Fraiz FC, Walter LRF. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. *Pesqui Odontol. Bras.* 2001 jul. /Set.;15(3):201-10.
14. Bijella MFTB. A importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para crianças. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*, 1999; 2(6): 127-31.
15. Avila WM. Mamadeira e aleitamento materno como fatores de risco para cárie dentária na dentição decídua: revisão sistemática e meta-análise. Belo Horizonte, 2015, 121 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
16. Garboza CS, Walter LRF. Estudo da prevalência de cárie numa população de 0 a 5 anos atendida precocemente pela Bebê -Clínica da Universidade Estadual de Londrina. *Semina, Londrina*, v.18, ed.especial, p.51-54, fev. 1997.
17. Walter LRF, Ferelli A, Issao M (in memoriam). *Odontologia para o Bebe; Odontopediatria do Nascimento aos 3 anos*. São Paulo. Artes médicas, 1999; Cap.1, p.1-5 estatística de caries no Brasil.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prêmio “Brasil Sorridente” coloca saúde bucal de Cambé como a terceira melhor do país. *Revista Brasileira de Saúde da Família* 2006;3(2):28-29.
19. Egov://www.santos.sp.gov.br/Portal de santos, 15/12/2006. Acesso em 08/12/2019.
20. Jakymiu JRG. Intervenção com finalidade de aperfeiçoar os programas de promoção de saúde na escola e na estratégia da saúde da família de pinhalzinho/sc. *Revista UNINGÁ Review*. Vol.19,n.2,pp.20-28. 2014.
21. Kopycka-Kedzierawski DT, Auinger P, Billings RJ, Weitzman M. Caries status and overweight in 2- to 18-year-old US children: findings from national surveys. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v.36, n.2, p.157–67, 2008.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos Humaniza SUS v. 2).
23. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB. Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais Brasília (DF), 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 17 novembro 2019.
24. Bonecker MJS. Estudo epidemiológico da prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade do município de Diadema- São Paulo– Brasil. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 1996.
25. Kawaguchi Y. Study on availability of dental health services for children in health center correlation between attendance of three years old children at dental health services and caries prevalence. *KokubioGakkaiZasshi*1991; 58: 650-6
26. Schwendler A, Faustino-Silva DD, Rocha CF. Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 22, n. 1, p.201-207, jan. 2017. Quadrimestral. FapUNIFESP.
27. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013.
28. Masson N et al. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* [online] 2015; 17(2): 103-10.
29. Vilaça ME. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p.78-85. ISBN: 978-85-7967-075-5.

30. Mattos GC et al. The inclusion of the oral health team in the Brazilian family health strategy: Barriers, advances and challenges. *CienSaude Colet.* 2014;19:373–82.
31. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia rede de saúde bucal. - Curitiba: SESA, 92 p. 2016.
32. Suzuki K. The developing world of DOHaD. *Journal Of Developmental Origins Of Health And Disease*, [s.l.], v. 9, n. 03, p.266-269,5 set. 2017. Mensal. Cambridge University Press.
33. Kelly MP. How to make the first thousand days count. *Health Promotion Journal Of Australia*, [s.l.], p.1-5, 19 abr. 2018.
34. Simeoni U et al. Perinatal Origins of Adult Disease. *Neonatology*, [s.l.], v. 113, n. 4, p.393-399, 2018. S. Karger AG.
35. Stocco G, Baldani MH. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 2311-2321, Apr. 2011
36. Casamassimo S. et al. Infant Oral Health. *Dental Clinics Of North America*, lth Strategy. *Rev Esc Enferm USP* [s.l.], v. 62, n. 2, p.235-244, abr. 2018. Elsevier BV.
37. AAPD, American Academy of Pediatrics, American Academy of Pedodontics "State of Little Teeth",.Reference manual. 2014. Disponível em: [/www.aapd.org/assets/1/7/State_of_Little_Teeth_Final.pdf](http://www.aapd.org/assets/1/7/State_of_Little_Teeth_Final.pdf)
Acesso em: 30/10/2019.
38. Glick M et al. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *International Dental Journal*, [s.l.], v. 62, n. 6, p.278-291, dez. 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/idj.12009>.

39. Curi DSF et al. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 23, n. 5, p.1561-1576, maio 2018. Fap UNIFESP.
40. Martello RP, Junqueira TP, Leite ICG. [Dental caries and factors associated in children aged three years enrolled in Family Health Units in the Municipality of Rondonópolis, MatoGrosso, Brazil]. *RevEpidemiolServSaúde* 2012; 21(1):99-108.
41. AAPD, American Academy of Pediatrics, American Academy of Pedodontics. Policy on Early Childhood Caries (ECC) Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. Reference manual. 2016. Disponível em: http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf. Acesso em: 10/11/2019.
42. Feldens CA et al. Feeding frequency in infancy and dental caries in childhood: a prospective cohort study. *International Dental Journal*, [s.l.], v. 68, n. 2, p.113-121, 3 set. 2017.
43. Kim AV, Rubezhov AL, Koloskova TM, Bezhenar SI. Modern forms of dental preventive care for children. *Pediatrician (StPetersburg)*. 2017;8(4):73-77.
44. Furtado MCC et al. Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s.l.], v. 27, n. 1, p.1-11, 5 mar. 2018. FapUNIFESP.
45. Marques SR L, Lemos SMA. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. *Audiol., Commun. Res.*, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p.1-12, 24 abr. 2017.
46. Carvalho TP et al. Desenvolvimento de lesões de cárie em dentina em um modelo de biofilme simplificado in vitro: um estudo piloto. *Revista de Odontologia da Unesp*, [s.l.], v. 47, n. 1, p.40-44, 22 fev. 2018.

47. Lemos LVFM et al. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. *Einstein* (São Paulo), [s.l.], v. 12, n. 1, p.6-10, mar. 2014.
48. Pereira ALM et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, Sept. 2012.
49. Brasil Sorridente: Rede de Atenção à Saúde (RAS) bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646_05_08_2014.html 2014, consultado em 14/11/2019.
50. Guarienti CA et al. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância . *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v. 9, n. 3, p. 321-325, 2009.
51. Spezzia et al. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil, *Rev. Bras. Odontol.* vol.72 no.1-2 Rio de Janeiro Jan./Jun. 2015.
52. Tonial FG et al .Impacto da doença cárie na qualidade de vida de pré - escolares atendidos na clínica da Universidade de Passo Fundo (UPF/RS). *Arq Odontol*, v. 51, n. 1, p. 47-53, 2015.
53. Melhado FL. Influência do atendimento odontológico para bebês sobre a prevalência da cárie dentária: estudo comparativo. [Dissertação de Mestrado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2000.
54. Lemos LVFM. et al. Experiência de cárie dentária em crianças atendidas em um programa de Odontologia para bebês. *Einstein* (São Paulo), São Paulo , v. 9, n. 4, p. 503-507, Dec. 2011.
55. Boing AF, Bastos JL, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Determinantes sociais da saúde e cárie dentária no Brasil: revisão sistemática da literatura no período de 1999 a 2010. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17(Suppl2):102-15.

56. Medeiros PB V et al. Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants. *International Journal Of Paediatric Dentistry*, [s.l.], v. 25, n. 1, p.29-34, 7 jan. 2014.
57. Ribeiro AA et al. The oral bacterial microbiome of occlusal surfaces in children and its association with diet and caries. *Plos One*, [s.l.], v. 12, n. 7, p.116, 5 jul. 2017. Public Library of Science.
58. Scalioni FAR et al. Hábitos de Dieta e Cárie Precoce da Infância em Crianças Atendidas em Faculdade de Odontologia Brasileira. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v. 12, n. 3, p. 399-404, 2012.
59. Rodrigues HB. Conhecimento das gestantes sobre alguns aspectos da saúde bucal de seus filhos. *Rev Odontol.*, v. 10, n. 2, p. 52-57, 2008.
60. Nunes VH, Perosa GB. Cáriedentária em crianças de 5 anos: fatores sócio-demográficos, locus de controle e atitudes parentais. *Ciência&Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 191-200, 2017.
61. Hochstetter AS, Lombardo MJ, D'eraimo L, Piovano S, Bordoni N. Effectiveness of a preventive educational programme on the oral health of preschool children. *IUHPE – Promot Educ* 2007; 14(3): 155-58.
62. Pimentel S, Alves L, Tostes M. Clinical and radiographic comparison of caries diagnosis on the interproximal surfaces of primary molars. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v. 12, n. 3, p. 325-30, 2012.
63. Domingues S M, Carvalho ACD, Narvai PC . Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*, v.18, n.1: p.66-78, 2008.
64. Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS . As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês . *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.29: p.83-86, jan./fev. 2003.
65. Reis ML, Luvison IR, Faustino-Silva DD. Conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros sobre saúde bucal na puericultura na APS. *Revista da Faculdade de odontologia UPF* , v. 20, n. 2, 2015.

66. Mattheus D et al. Oral Health Knowledge and Practices of Pediatric and Family Nurse Practitioners. *Journal Of Pediatric Health Care*, [s.l.], v. 32, n. 4, p.356-362, jul. 2018. Bimestral. Elsevier BV.
67. Jones J et al. Integrated Medical-Dental Delivery Systems: Models in a Changing Environment and Their Implications for Dental Education. *Journal Of Dental Education*, [s.l.], v. 81, n. 9, p.21-29, 1 set. 2017. American Dental Education Association.
68. Victoria CG et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, [s.l.], v. 387, n. 10017, p.475-490, jan. 2016. Elsevier BV. KRAMER, M.S.R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Data base Syst Rev*. 2012;(8):CD003517.
69. Urbanetto PDG et al. Facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar. *RevFundCare Online*. 2018 abr/jun; 10(2):399-405.
70. Peres KG et al. Impact of Prolonged Breastfeeding on Dental Caries: A Population-Based Birth Cohort Study. *Pediatrics*, [s.l.], v. 140, n. 1, p.140-148, 30 jun. 2017. American Academy of Pediatrics (AAP).
71. Moimaz SA et al. Association between breast-feeding practices and sucking habits: A cross-sectional study of children in their first year of life. *J Indian Soc Pedod Prevent Dent* 2008;26: 102-6.
72. Santana GS et al. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, [s.l.], v. 94, n. 2, p.104-122, mar. 2018.
73. Winter J, Bartsch B, Schütz C et al. Implementation and evaluation of an interdisciplinary preventive program to prevent early childhood caries. *Clin Oral Investig*.;23(1):187-97, Jan. 2019.
74. Aldin SV et al. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BmcPublic Health*, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-13, 24 nov. 2014.

75. Lai S, Hiu F et al. Parental Oral Health Literacy of children with severe early childhood caries in Hong Kong. *European Journal Of Paediatric Dentistry*, [s.l.], n. 4, p.326-331, dez. 2017.
76. Alencar A. Tipos de Estudo e Introdução à Análise Estatística, 01/03/2012. www.ime.usp.br/~lane, consultado em 09/07/2019.
77. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [serial online] 2010. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>. Visto em 09/12/2019
78. Garlindo VAC. *Avaliação da Influência da educação precoce em saúde bucal e do uso de dentríficos fluoretados sobre a prevalência de cárie dentária na primeira infância do município de BELÉM-PA-*(Dissertação de mestrado da Universidade Federal do Pará)São Paulo-2003.
79. Moura L FAD et al. Apresentação do Programa Preventivo para gestantes e bebês. *JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do bebê*.v.4,n.17-jan/fev-2001.
80. Fadel CB, Kozlowski Jr V S. Cárie dental precoce: uma estratégia mais ampla de prevenção. *JBP J BrasOdontopediatrOdontoloBebê*, Curitiba, v.3,n.14,p.313-317,jul./ago. 2001.
81. Lemos L et al. Influence of the Assiduity to Dental Consultations on the Prevalence of Caries Disease in Children Treated at the Municipal Baby Clinic in the City of Jacareí, SP, Brazil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 8(2):203-207, maio/ago. 2008.

ANEXOS

ANEXO I - CARTA DE INTERESSE NA PESQUISA PELO CHEFE DE SEÇÃO DA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO BENTO.

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DA PESQUISA PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PESQUISAS E PROJETOS DE EXTENSÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTOS - CAAPP-SMS.

ANEXO III - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA SUBMETIDO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS-CEP UNIMES.

ANEXO IV - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PROGRAMA ODONTOLÓGICO DE BEBÊ

ANEXO V - FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO BEBÊ USADA DURANTE O PROGRAMA PREVENTIVO, ATÉ COMPLETAR TRÊS ANOS DE IDADE.

ANEXO VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.

ANEXO VII - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE.

ANEXO I - CARTA DE INTERESSE NA PESQUISA PELO CHEFE DE SEÇÃO DA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO BENTO.



SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
SEÇÃO USF SÃO BENTO

Santos, 14 de agosto de 2018.

CARTA DE INTERESSE NA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A ROSELI APARECIDA SOUZA DELGADO

Declaro para os devidos fins que a Unidade de Saúde da Família do Morro São Bento **tem interesse na realização do projeto intitulado "O impacto nas dentições deciduas e permanentes em crianças de 6 a 12 anos que participaram do Programa de Bebês na Unidade de Saúde do Morro São Bento"**, mediante análise de prontuários de odontologia, a fim do aproveitamento dos resultados.

Para realização das análises se faz necessária avaliação do Projeto pela Comissão de Ética do Município.

*Sem mais,
Atenciosamente*

Daniela G. G. Moutinho
Chefe de Seção
R. 2334-7
USF SÃO BENTO

DANIELA GONÇALVES GODOY MOUTINHO
Chefe de Seção
USF Morro São Bento


ANEXO II -CONSENTIMENTO DA PESQUISA PELA- CAAPP-SMS.

SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS
CAAPP-SMS

Santos, 27 de Maio de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão – CAAPP-SMS, concorda que o pesquisador **Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes**, responsável pela aluna **Roseli Aparecida Souza Delgado**, realize a pesquisa intitulada “**Avaliação do impacto do programa Odontológico Preventivo de bebês (de 0 até 3 anos), na condição de saúde bucal (cárie) das crianças, na Unidade da Saúde da Família São Bento, durante um período de 6 anos, no entorno portuário de Santos**”, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.



Christiane Alves Abdala
REG. 21603-6
Presidente da CAAPP-SMS

Rua Amador Bueno, 333- 14º andar – sala 1416 – Centro – Santos SP
CEP 11013-113 – Tel. 3213 5127 coform.sms@santos.sp.gov.br

ANEXO III - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA CEP-UNIMES

UNIVERSIDADE
METROPOLITANA DE SANTOS
- UNIMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do impacto do Programa Odontológico Preventivo de Bebês (0 até 3 anos), na condição de saúde bucal (cárie) das crianças, da Unidade da Saúde da Família São Bento, durante um período de 6 anos, no entorno portuário de Santos.

Pesquisador: ROSELI APARECIDA SOUZA DELGADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19263219.0.0000.5509

Instituição Proponente: CENTRO DE ESTUDOS UNIFICADOS BANDEIRANTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Justificativa:

Data do Envio: 01/10/2019

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.680.988

Apresentação da Notificação:

Avaliação do impacto do Programa Odontológico Preventivo de Bebês (0 até 3 anos), na condição de saúde bucal (cárie) das crianças, da Unidade da Saúde da Família São Bento, durante um período de 6 anos, que tem como objetivos: Avaliar a presença de cáries, descritas nas fichas odontológicas, de crianças de 6 a 12 anos que tiveram atendimento odontológico precoce.

Objetivo da Notificação:

Verificar a eficácia do Programa de Atenção Odontológica de Bebês de 0 – 3 anos, no serviço de Saúde Bucal da unidade de Estratégia de Saúde da Família do Morro São Bento na cidade de Santos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Desconfortos e Riscos:

Endereço: Av Conselheiro Nébias 536
Bairro: Encruzilhada CEP: 11.045-002
UF: SP Município: SANTOS
Telefone: (13)3226-3400 Fax: (13)3226-3400 E-mail: fernanda.pereira@unimes.br

UNIVERSIDADE
METROPOLITANA DE SANTOS
- UNIMES



Continuação do Parecer: 3.680.988

Os dados da pesquisa serão retirados da ficha odontológica, não haverá nenhum procedimento clínico na criança e sua identificação na planilha de dados será tratada com padrões profissionais de sigilo, nenhum dado confidencial será divulgado. Somente eu, o pesquisador, terei acesso aos prontuários da criança, para manter a segurança e preservação dos mesmos, garantindo assim os riscos mínimos para os participantes da pesquisa.

Benefícios que poderão ser obtidos:

Não há benefício direto para o paciente, isto é, trata-se de uma pesquisa, somente com os resultados obtidos, é que poderemos avaliar a presença de benefício .

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

O documento incluso é pertinente uma vez que visa verificar a eficácia do Programa de Atenção Odontológica de Bebês de 0 – 3 anos, no serviço de Saúde Bucal da unidade de Estratégia de Saúde da Família do Morro São Bento na cidade de Santos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com a resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Notificação aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	tale.docx	01/10/2019 10:07:43	ROSELI APARECIDA SOUZA	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UNIVERSIDADE
METROPOLITANA DE SANTOS
- UNIMES



Continuação do Parecer: 3.680.088

SANTOS, 04 de Novembro de 2019

Assinado por:
Sandra Kalil Bussadori
(Coordenador(a))

ANEXO IV – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PROGRAMA ODONTOLÓGICO DE BEBÊ

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTOS - COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PROGRAMA DE BEBÊS

- **Captação dos bebês para execução do Programa (entrada de 0 a 1 ano).**
 - Através das consultas pediátricas.
 - Através de encaminhamento das maternidades, grupo de gestantes.

- **Agendamento da palestra inicial (com primeira consulta)**
 - 8 bebês
 - **Conteúdo da palestra:**
 - Educação em saúde
 - Importância do aleitamento materno sob o prisma da Odontologia
 - Formação da cárie e sua transmissão
 - Importância da higiene
 - Orientação da higiene oral com gaze ou fralda embebida em água filtrada ou fervida.

 - **Primeira consulta - logo após a palestra**
 - Preenchimento da ficha clínica
 - Exame clínico (avaliação das estruturas bucais)
 - Demonstração prática da higienização oral
 - Orientações individuais

 - **Consulta de Retorno: Será de 2 em 2 meses.**
 - Avaliação da reversão de risco
 - Novos hábitos e mudanças de informações da primeira consulta.
 - Observar introdução de novos alimentos na dieta da criança.
 - Atenção à erupção (sinais e sintomas).
 - Reforço na higienização prática.
 - Motivação contínua dos pais ou responsáveis.

 - **Alta do Programa**
 - Aos 36 meses ou com a erupção completa da dentição decídua.
 - Orientação para continuidade da prevenção, com retorno em 6 mês.

“Baseado no protocolo da Bebe Clínica da Universidade Estadual de Londrina”
Santos – 1994.

ANEXO V – FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DO PROGRAMA DE BEBÊS

PROGRAMA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA PARA BEBÊS

Nº:				DN:
Nome:				
Idade:	Meses:	Sexo:	Cor:	
Pai:				Profissão:
Mãe:				Profissão:
GESTAÇÃO:				
A mãe sofreu algum acidente ou doença?				
Tomou algum medicamento?				
Hábitos: () Cigarro () Drogas () Outros _____				
Parto: () Normal () Cesárea () Fórceps () Prematuro				
NASCIMENTO:				
O bebê apresentou algum problema ou doença?				
ALIMENTAÇÃO:				
Peito	() Não	() Sim, até quando?	Frequência:	
Mamadeira	() Não	() Sim, até quando?	Frequência:	
Líquidos:			Frequência:	
Pastosos:			Frequência:	
Sólidos:			Frequência:	
Adoçantes:			Frequência:	
Alimentação Noturna:	() Sim	() Não	Frequência:	
Peito ()	Mamadeira ()	Conteúdo: _____	Até quando?	
HIGIENE:				
Diurna: () Não () Sim	Frequência:		Noturna: () Não () Sim	
SUCÇÃO: () Não () Sim Qual? _____				
Medicamentos: _____				

Como conheceu o serviço? _____

Assinatura do Responsável: _____

ANEXO VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.



**UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS
CENTRO DE PESQUISA E PÓS- GRADUAÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Dados de Identificação

Nome: Roseli Aparecida Souza Delgado

Função que exerce dentro da unidade de saúde: Cirurgiã Dentista

Documento de Identidade Nome Nº 13.880.804-1

Sexo: () M (X) F

Data de Nascimento: 16/05/1962

Endereço: Rua Marcelo Ribeiro de Mendonça, Nº 109, apto: 262

Bairro: Ponta da Praia - Cidade: Santos

CEP: 11030-210

Telefone: (13) 3261-2943

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

Título do Protocolo de Pesquisa: Avaliação do impacto do Programa Odontológico Preventivo de Bebês (0 até 3 anos), na condição de saúde bucal (cárie) das crianças, da Unidade da Saúde da Família São Bento, durante um período de 6 anos, no entorno portuário de Santos.

Pesquisador: Roseli Aparecida Souza Delgado

Sexo: Feminino Cargo/Função: Cirurgiã Dentista

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR SOBRE A PESQUISA:

Justificativa:

Verificar a eficácia do Programa de Atenção Odontológica de Bebês de 0 – 3 anos, no serviço de Saúde Bucal da unidade de Estratégia de Saúde da Família do Morro São Bento na cidade de Santos.

Objetivo:

- Avaliar a presença de cáries , descritas nas fichas odontológicas, de crianças de 6 a 12 anos que tiveram este atendimento precoce.
- Revisar o protocolo do programa de Atenção Odontológica para Bebês da PMS e desenvolver um protocolo modificado, abordando os cuidados com a saúde bucal do bebê.

Procedimentos:

O estudo será realizado a partir de uma análise documental, onde serão coletados dados das fichas odontológicas de 2 grupos: O primeiro das crianças de 6 a 12 anos da comunidade do Morro São Bento e Morro Pacheco em Santos, que foram atendidas precocemente, entre os anos de 2006 e 2012 no grupo de Atenção Odontológica de Bebês de 0 – 3 anos e continuam sendo atendidas atualmente (2019) e o segundo da mesma faixa etária mas vieram da demanda espontânea. As crianças não serão avaliadas para a pesquisa, somente suas fichas odontológicas.

Desconfortos e Riscos:

Os dados da pesquisa serão retirados da ficha odontológica, não haverá nenhum procedimento clínico na criança e sua identificação na planilha de dados será tratada com padrões profissionais de sigilo, nenhum dado confidencial será divulgado. Somente eu (pesquisador) terei acesso aos prontuários da criança, para manter a segurança e preservação dos mesmos, garantindo assim os riscos mínimos para os participantes da pesquisa.

Benefícios que poderão ser obtidos:

Não há benefício direto para o paciente, isto é, trata-se de uma pesquisa, somente com os resultados obtidos, é que poderemos avaliar a presença de benefício .

Acompanhamento e Assistência:

As crianças participantes da pesquisa terão direito ao acompanhamento posterior ao término da pesquisa e/ou a interrupção da mesma.

Garantias:

- O responsável pela criança participante da pesquisa tem garantia de plena liberdade de recusar se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
- Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, durante todas as fases da pesquisa.
- Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefício relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
- Limitação do acesso aos prontuários apenas pelo tempo e quantidade das informações necessárias.

Pesquisadora: Roseli Aparecida Souza Delgado

e-mail: roselidelga@hotmail.com

Comitê de Ética da Universidade Metropolitana de Santos

Av. Conselheiro Nébias,nº 536 - 2º andar – Encruzilhada -,Santos/SP – CEP: 11.002-045 – fone: (13) 3228.3400 – ramal: 3512 – e-mail: xandu@unimes.br

IV- CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Santos, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou responsável

Endereço:

Assinatura do pesquisador

(carimbo ou nome legível)

ANEXO VII- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

Pesquisador responsável: Roseli Aparecida Souza Delgado, cidade: Santos, SP.

Fone: (13) 99661-2943. E-mail: roselidelga@hotmail.com

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Avaliação do impacto do Programa Odontológico Preventivo de Bebês (0 até 3 anos), na condição de saúde bucal (cárie) das crianças, da Unidade da Saúde da Família São Bento, durante um período de 6 anos, que tem como objetivos: Avaliar a presença de cáries, descritas nas fichas odontológicas, de crianças de 6 a 12 anos que tiveram atendimento odontológico precoce.

O motivo que nos leva a este estudo é verificar a eficácia do Programa de Atenção Odontológica de Bebês de 0 – 3 anos, no serviço de Saúde Bucal da unidade de Estratégia de Saúde da Família do Morro São Bento na cidade de Santos.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: O estudo será realizado a partir de uma análise documental, onde serão coletados dados das fichas odontológicas das crianças de 6 a 12 anos atualmente, da comunidade do Morro São Bento e Morro Pacheco em Santos, que serão divididas em 2 grupos: Grupo 1- crianças que foram atendidas precocemente, entre os anos de 2006 e 2012 nos grupos de Atenção Odontológica de Bebês, quando tinham a faixa etária entre 0 – 3 anos, na Unidade de Estratégia da Saúde da Família São Bento e Grupo 2- crianças da comunidade, na mesma faixa etária, que nunca participaram de nenhum programa odontológico preventivo, que foram atendidas por livre demanda

Desconfortos e Riscos:

Os dados da pesquisa serão retirados da ficha odontológica, não haverá nenhum procedimento clínico na criança e sua identificação na planilha de dados será tratada com padrões profissionais de sigilo, nenhum dado confidencial será divulgado. Somente eu, o pesquisador, terei acesso aos prontuários da criança, para manter a

segurança e preservação dos mesmos, garantindo assim os riscos mínimos para os participantes da pesquisa.

Benefícios que poderão ser obtidos:

Não há benefício direto para o paciente, isto é, trata-se de uma pesquisa, somente com os resultados obtidos, é que poderemos avaliar a presença de benefício .

Acompanhamento e Assistência:

As crianças participantes da pesquisa terão direito ao acompanhamento posterior ao término da pesquisa e/ou a interrupção da mesma.

O motivo deste convite é que você se enquadra nos seguintes critérios de inclusão: Inclusão do grupo 1 - A criança deve ter a idade de 6 a 12 anos; ter passado no programa de Bebes na USF São Bento entre os anos de 2006 e 2012, possuir dentição mista (dentes decíduos e dentes permanentes) e estar sendo atendido na unidade até o presente momento. Inclusão do grupo 2 - A criança deve ter a idade de 6 a 12 anos, não ter participado de nenhum grupo preventivo odontológico, possuir dentição mista (dentes decíduos e dentes permanentes) e ter recebido atendimento de livre demanda.

Você poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que forem observados os seguintes critérios de exclusão: Exclusão do grupo 1 - Se a criança não passou pelo menos em 4 consultas do Programa (25% de assiduidade), até ter completado a dentição decídua; se abandonou o Programa e se a criança possuir qualquer forma de malformação dentária, seja de origem sistêmica, local, hereditária ou traumática. Exclusão do grupo 2 – Ter participado de algum grupo preventivo odontológico e se a criança possuir qualquer forma de malformação dentária seja de origem sistêmica, local, hereditária ou traumática.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo para participar deste estudo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar.

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador responsável.

O pesquisador responsável irá tratar a sua identidade com sigilo e privacidade. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, portador do CPF _____, nascido (a) em ____/____/_____, residente no endereço _____, na cidade de _____, Estado _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico () _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo citado acima, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Tendo o termo de consentimento do meu responsável já sido assinado, declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

Santos – SP, ____ de _____ de _____.

Nome do responsável pelo menor:

Nome do menor:

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, você, ou os responsáveis por você, poderão consultar o:

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – nº 5509 - Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES, Avenida Conselheiro Nébias, 536, 2º Andar – Boqueirão; 11.045-002 – Santos-SP TELEFAX:(13)3228-3400