

DETERMINANTES SOCIAIS E BIOLÓGICOS DA CÁRIE DENTÁRIA NA INFÂNCIA: UMA EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR NO PET SAÚDE - UFJF

Social and biological determinants of dental caries in infancy: an interdisciplinary experience in the Health Care Work Education Program - UFJF

Tatiana Roriz Lopes¹, Anderson Barbosa de Almeida²,
Renata de Oliveira Moreira³, Andréia Aparecida Henriques Carvalho⁴, Felipe de Melo Garcia⁵,
Carina Máximo da Rocha⁶, Luisa Pereira de Siqueira⁷, Ednea Aparecida Fajardo⁸,
Emiliani Reis Pereira⁹, Natália Cristina Sales de Paula¹⁰, Verônica Medeiros Alagoano¹¹,
Thiago Souza Duque Guimarães¹², Lais Marques de Oliveira¹³

RESUMO

A cárie dental é uma patologia multifatorial, transmissível, que possui como característica etiológica a interação de fatores biológicos e sociais. Apresenta-se como a doença crônica mais comum na infância, sendo, portanto, um grande desafio para a saúde pública em nível mundial. O objetivo do presente estudo foi, através de uma abordagem quantitativa e qualitativa, avaliar os determinantes sociais e biológicos da cárie dental em crianças de 0 a 2 anos de idade, assim como promover ações que venham proporcionar uma maior integração interdisciplinar na assistência à saúde bucal. Os resultados obtidos demonstram a falta de conhecimento dos responsáveis quanto aos principais fatores de risco para a cárie dentária, na faixa etária pesquisada, assim como evidencia o quanto os mesmos subestimam a importância da assistência à saúde bucal dessas crianças. Diante disso, fica evidente a necessidade de esforços interdisciplinares constantes para o enfrentamento do problema, com a participação ativa de todos os profissionais de saúde envolvidos na atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The dental caries condition is a multifactorial disease, transmissible, whose etiology is characterized by the interaction of biological and social factors. It is the most common chronic childhood disease and is therefore a major challenge to public health worldwide. The objective of this study was, through a quantitative and qualitative approach, to evaluate the social and biological determinants of dental caries in children from 0 to 2 years of age, and to promote actions that would provide greater interdisciplinary integration in oral health care. The results found demonstrate the lack of knowledge of the adults responsible, regarding the main risk factors for dental caries in the age group studied, as well as highlight how those adults underestimate the importance of oral health care for these children. Thus there is an obvious need for ongoing interdisciplinary efforts to address the problem, with the active participation of all health professionals involved in primary health care.

¹ Graduada em Medicina pela UFJF. Residente na área médica em Otorrinolaringologia pelo Hospital Federal do Andaraí-RJ. E-mail: tatianaroriz@hotmail.com.

² Graduado em Odontologia/UFJF. Mestrado em Saúde Coletiva/UFJF. Doutorando em Saúde Brasileira/UFJF.

³ Graduação em Medicina pela UFJF. Residente da área médica em Radiologia e Diagnóstico por imagem pelo Hospital das Clínicas da UFMG.

⁴ Graduada em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem pela UFJF. Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Fundação HU/UFJF. Mestranda em Saúde Coletiva pela UFJF.

⁵ Graduado em Medicina/UFJF. Residente da área Médica em Oftalmologia- Hospital do Servidor Estadual de São Paulo.

⁶ Graduada em Enfermagem pela UFJF. Residente em Saúde do Adolescente pela UERJ.

⁷ Bacharel e Licenciada em Enfermagem pela UFJF. Pós-graduanda em Terapia Intensiva pela Faculdade Estácio de Sá e Faculdade Laboro.

⁸ Graduada em Enfermagem/UFJF. Especialização em Saúde da Família, Saúde da Mulher e Supervisão Hospitalar. Enfermeira da Prefeitura de Juiz de Fora.

⁹ Graduada em Serviço Social pela UFJF. Pós -graduação em Instrumentalidade do Serviço Social pela Faculdade da Serra/ES. Residente Serviço Social em Área Hospitalar - HU/UFJF.

¹⁰ Graduada em Serviço Social pela UFJF. Especialista em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva pela UFJF. Residência Multiprofissional em Saúde da Família pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

¹¹ Graduada em Serviço Social/UFJF. Mestranda em Serviço Social pela UFJF.

¹² Graduado em Odontologia pela UFJF, pós-graduando em Gerenciamento de Projetos pela Fundação Getúlio Vargas.

¹³ Graduada em Serviço Social/UFJF.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Odontológica para Crianças; Cárie Dentária; Higiene Bucal; Serviços de Saúde Bucal; Profilaxia Dentária.

KEYWORDS: Dental Care for Children; Dental Caries; Oral Hygiene; Dental Health Services; Dental prophylaxis.

INTRODUÇÃO

A cárie dental é uma patologia multifatorial, transmissível, que possui como característica etiológica a interação de fatores biológicos, tais como tipo de dieta alimentar, hospedeiro susceptível e presença de micro-organismos cariogênicos, com fatores sociais que englobam questões como o acesso a serviços odontológicos, hábitos de higiene bucal, condições culturais e educação.^{1,2} Apresenta-se como a doença crônica mais comum na infância, sendo, portanto, um grande desafio para a saúde pública em nível mundial.^{3,4}

A alta prevalência de cárie na infância pode ser associada à especificidade da doença nos primeiros anos de vida, já que os recém-nascidos e lactantes são mais vulneráveis, uma vez que seu organismo ainda se encontra em processo de crescimento, tendo pequena resistência às carências nutricionais e aos agravos físicos e infecciosos típicos dessa fase da vida.⁵ Além da vulnerabilidade, outro aspecto relevante é a deficiência no processo de informação e conscientização dos responsáveis acerca dos cuidados necessários com a saúde bucal das crianças, algo capaz de dificultar a prevenção e tratamento da cárie dental na infância.⁶

Faz-se necessária a implementação de ações preventivas e educativas em saúde bucal, que envolvam pais e familiares e que sejam capazes de integrar todos os trabalhadores da área de saúde para que, de forma multiprofissional, possam elaborar e fortalecer os vínculos indispensáveis à transformação nos cuidados de saúde bucal na infância.⁵

A reduzida eficácia das políticas públicas direcionadas a este problema é outro fator associado à alta prevalência de cárie na infância, uma vez que o cuidado odontológico concentra importante parte dos seus esforços no tratamento restaurador.

Uma tentativa de reversão do modelo tradicional de atendimento de saúde bucal vem sendo feita, por meio da incorporação da odontologia nas equipes de saúde da família,^{5,7} a fim de proporcionar uma abordagem mais ampla e efetiva do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, faz-se necessária uma compreensão da saúde bucal nas suas dimensões biológica e social, para que as ações estratégicas de promoção e prevenção em

saúde bucal na Atenção Primária alcancem um resultado significativo e fortaleçam o princípio da integralidade na assistência à Saúde.^{1,8-10}

Assim sendo, o objetivo do presente estudo é avaliar e compreender os determinantes biológicos e sociais da cárie dentária em crianças de 0 a 2 anos de idade, usuárias de UAPS, assim como promover ações que venham proporcionar maior integração interdisciplinar na assistência à saúde bucal, por meio das ações acadêmicas desenvolvidas pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal de Juiz de Fora.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa, por ser um método que associa análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, privilegiando a melhor compreensão do tema estudado e a interpretação dos dados obtidos, evitando as limitações de cada abordagem.¹¹

A avaliação quantitativa foi realizada por meio de um estudo transversal e observacional, de caráter descritivo e analítico, desenvolvido com usuários da UAPS do bairro de São Sebastião, na cidade de Juiz de Fora – MG, durante as atividades do PET-Saúde. A amostra utilizada compreendeu 52 binômios responsáveis-filhos, em que as crianças se encontravam na faixa etária de 0 a 2 anos de idade, sendo selecionadas por meio dos grupos de puericultura, desenvolvidos na UAPS, e por uma triagem realizada em campanha de vacinação, na unidade.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: estar a criança na faixa etária entre 0 a 2 anos, serem usuários atendidos pela abrangência da UAPS São Sebastião, ter participado do grupo de puericultura ou campanha de vacinação da unidade de saúde e ter respondido, de imediato, o questionário. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer 045/2010.

O estudo foi realizado em duas etapas. Primeiramente, os responsáveis foram convidados a participarem de uma atividade educativa na UAPS, a qual foi precedida pela aplicação de um questionário estruturado, que era

composto por vinte sete questões optativas, que tinham como objetivo identificar o grau de conhecimento e ações dos responsáveis em relação aos hábitos de alimentação, higiene bucal, frequência de busca por atendimento junto ao dentista, além de comportamentos de risco para a cárie dental na primeira infância.

Após a coleta dos dados foram passadas informações de prevenção e promoção da saúde bucal para os responsáveis e realizado o agendamento das mesmas para consultas de controle.

Em um segundo momento, foram selecionados, de forma aleatória e não randomizada, 22 participantes para permanecerem no estudo, com os quais foi realizada uma entrevista com três questões dissertativas. Esta teve como objetivo avaliar o entendimento e as dificuldades dos par-

ticipantes com relação às orientações recebidas através da atividade educativa. As respostas das entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas fielmente pelos pesquisadores.

Os dados coletados no primeiro questionário foram analisados pelo programa SPSS, versão 8.0, sendo realizada uma análise descritiva dos dados encontrados.

Para apreciação das entrevistas, foi realizada uma análise temática, a qual busca descobrir os ‘núcleos de sentido’ de um texto, correlacionando com sua presença ou frequência de aparição para compor seu significado.¹² As entrevistas foram selecionadas de acordo com as características comuns, ou que se relacionavam entre si, sendo agrupadas as principais ideias dos depoimentos dos entrevistados sobre as questões abordadas.

RESULTADOS

A primeira amostra foi constituída de 52 entrevistados, para os quais foram realizadas perguntas com base num questionário relacionado a comportamentos de risco as-

sociados à cárie dentária, hábitos alimentares, hábitos de higiene bucal e necessidade de avaliação profissional. Os resultados obtidos foram analisados em dados percentuais e estão apresentados nas tabelas 1 a 4 e pelo gráfico 1, que se seguem.

Tabela 1 - Frequências dos comportamentos de risco para cárie dentária em crianças.

Comportamentos de risco	Frequências			
	Absoluta (n)		Relativa (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Assopra alimentos	40	12	76,9	23,1
Experimenta os alimentos	37	15	71,2	28,8
Compartilha talher	26	26	50,0	50,0
Compartilha escova	2	50	3,8	96,2
Beijar	15	37	28,8	71,2

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2 - Frequências dos hábitos alimentares que estão vinculados ao risco para cárie dentária em crianças.

Hábitos alimentares	Frequências	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Tipo de amamentação		
Não	4	7,7
Seio materno	15	28,8
Mamadeira	21	40,4
Mista	12	23,1
Conhecimento sobre o risco de cárie do leite materno		
Sim	10	19,2

Não	42	80,8
Adição de açúcar na mamadeira		
Sim	35	67,3
Não	17	32,7
Mamada noturna		
< 3 vezes	28	53,8
> 3 vezes	13	25,0
Não	11	21,2
Frequência de alimentos açucarados		
Nunca	17	32,7
< 3 vezes	27	51,9
> 3 vezes	8	15,4
Idade correta para substituir a mamadeira		
Antes dos 6 meses	1	1,9
Entre 6 meses e 1 ano	19	36,5
Entre 1 e 2 anos	32	61,6

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3 - Frequências dos hábitos de higiene bucal.

Hábitos de higiene bucal	Frequências	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Limpeza da cavidade bucal após a amamentação noturna		
Sim	12	23,1
Não	40	76,9
Época correta para iniciar a limpeza da cavidade bucal		
Após o irrompimento dos primeiros dentes	29	55,8
Após o nascimento	19	36,5
Após o 1º ano de idade	4	7,7
Frequência de higienização		
Menos de 3 vezes por dia	27	51,9
Nenhuma vez	13	25,0
3 vezes ou mais por dia	12	23,1
Substâncias utilizadas para limpeza bucal		
<i>Antes dos dentes irromperem</i>		
Nada	16	30,7
Água	17	32,7
Pasta especial	12	23,1
Pasta comum	4	7,7
Outras formas	3	5,8
<i>Após os dentes irromperem</i>		
Nada	9	17,3
Água	10	19,3
Pasta especial	19	36,5
Pasta comum	13	25,0
Outras formas	1	1,9

Fonte: dados da pesquisa.

Gráfico 1 - Materiais utilizados para a limpeza dos dentes.



Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4 - Frequências dos conhecimentos dos responsáveis sobre a necessidade de atenção profissional.

Necessidade de atenção profissional	Frequências	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Já levaram a criança ao dentista		
Sim	8	15,4
Não	44	84,6
Motivos para não ter buscado atendimento		
Acredita ainda não ser preciso	30	57,7
Falta de tempo	4	7,7
Falta de dinheiro	10	19,2
Época correta para levar ao dentista pela 1ª vez		
Após o irrompimento dos 1 ^{os} dentes decíduos	25	48,1
Após o irrompimento de todos os dentes decíduos	15	28,8
Após o nascimento da criança	5	9,6
Após a troca de todos os dentes decíduos	7	13,5
Dificuldades para levar a criança ao dentista		
Dificuldade de agendamento na UAPS	30	57,7
Falta de tempo	15	28,8
Distância da UAPS	7	13,5

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A cárie dentária infantil possui em sua composição diversos fatores intrínsecos aos pacientes e seus cuidadores. Uma assistência de qualidade a esse grupo só pode ser alcançada compreendendo melhor os hábitos de vida,

sejam eles correlacionados a condutas de risco, alimentação, limpeza ou mesmo no que diz respeito à busca pelo atendimento.

Esses hábitos estão diretamente relacionados à transmissibilidade de cáries que ocorrem devido à presença de micro-organismos que se encontram na saliva. A presença

dos *Streptococcus* do grupo *mutans* pode ser determinante durante o processo cariogênico.¹³ Para prevenir as cáries, faz-se necessário retardar a transmissão desses micro-organismos e evitar a proliferação desses organismos, reduzindo, assim, a possibilidade de contagens microbianas acima daquelas consideradas naturais na saliva. Isso faz com que os responsáveis sejam tão importantes quanto os profissionais de saúde na educação dos filhos, tendo papel fundamental na promoção da saúde bucal e na incorporação de hábitos saudáveis na infância visando à prevenção das doenças bucais.^{14,15}

No presente trabalho, foi possível perceber que parcela expressiva dos responsáveis fornece, frequentemente, alimentos açucarados entre as refeições e as mamadas. Tal atitude é prejudicial ao controle da cárie, uma vez que essa possui correlação positiva comprovada com a introdução de carboidratos refinados na dieta, em especial a sacarose apontada por estudos como o dissacarídeo mais cariogênico e comumente utilizado.^{14,16}

A amamentação, no seio materno ou na mamadeira, foi outro fator de grande importância evidenciado no estudo. A maioria dos entrevistados relatou ser comum a amamentação noturna e desconhecia a alta prevalência de cárie devido ao consumo de dieta cariogênica associado ao hábito de amamentação por períodos prolongados e/ou noturnos.¹⁷⁻¹⁹

Os responsáveis mostraram hábitos de higiene bucal deficientes relacionados às suas crianças. Um quarto dos responsáveis relataram não limpar a boca dos filhos nenhuma vez ao dia. Esses dados estão em conformidade com outros estudos na literatura que encontraram alto índice de negligência relacionado à higiene bucal dos filhos.^{19,20}

A escovação como hábito transferido de pai para filho e adquirido no aprendizado das crianças torna-se uma constante, necessitando apenas de esforço positivo.

A Associação Brasileira de Odontopediatria orienta que a limpeza deve ser estimulada de forma precoce, realizada pelos pais, duas a três vezes ao dia com o uso de uma compressa de gaze, tecido macio ou dedeira de borracha ou silicone, passada nas gengivas com massagem delicada.²¹ Essa limpeza pode ser efetuada com a utilização de diversas substâncias como: água bicarbonatada, água fervida e/ou filtrada ou mesmo solução de água oxigenada diluída.²²

A diversidade dos materiais utilizados para higiene bucal foi semelhante a outros estudos na literatura. Pereira et al.²⁰ relataram que 43,28% utilizam escova na higienização da boca de seus filhos, enquanto Theodoro et al.¹⁶ verificaram que a maioria das mães optou pelo uso de fralda com água filtrada, sendo que a segunda opção foi a associação

da escova e pasta de dente. No mesmo estudo, 49,31% das mães relataram o uso de dentífrico fluoretado assim que os primeiros dentes aparecem na boca.

A participação dos profissionais de saúde é fundamental para modificar, aprimorar e fornecer novos conhecimentos para uma saúde bucal de maior qualidade. Ao avaliar essa participação do dentista na amostra analisada, percebemos que a maioria das crianças pesquisadas nunca foi ao dentista, 88,6% (n = 46), enquanto que apenas 13,5% (n = 7) foram ao dentista para receber orientações.

A justificativa mais frequente para este fato foi, segundo os responsáveis, não ter havido ainda necessidade de tratamento ou por acreditarem que a falta de elementos dentários isentam as crianças de problemas odontológicos, conforme relatado por 48,1% (n = 25) dos entrevistados que pensam ser necessário acompanhamento com o profissional somente após o nascimento dos primeiros dentes de leite, e 28,8% (n = 15) depois de nascer todos os dentes.

Em oposição a essa argumentação, a literatura aponta que a idade ideal para a primeira consulta odontológica é o primeiro ano de vida da criança, tendo como objetivo conscientizar e educar os pais sobre os fatores prejudiciais aos seus filhos desde o nascimento, visando à promoção e manutenção da saúde e prevenção da cárie.²³

Daqueles que já haviam comparecido ao dentista, o principal motivo indicado para busca foi a consulta de rotina para receber orientações 13,5% (n = 7). Estudos semelhantes também relatam a mesma motivação para recorrer à assistência.^{24,25}

Analisando a justificativa dos responsáveis para a não visita ao dentista, foram assinaladas a falta de tempo/distância da unidade básica de saúde e a indisponibilidade do profissional, 28,8% (n = 15) relatam falta de tempo, 13,5% (n = 7) acham que o posto de saúde fica muito longe e 57,7% (n = 30) acham que é muito difícil marcar dentista no posto de saúde, o que pode indicar a falta de acesso ao serviço público como o principal motivo para o não encaminhamento a um cirurgião-dentista.

Após a obtenção desse perfil de usuários da Unidade de Atenção Primária à Saúde, foi possível notar a necessidade da implementação de ações que visavam à educação da população, assim, fornecendo subsídio para transformar a saúde bucal, reduzindo o número de cáries na população infantil e adulta. Dessa forma, palestras educativas foram ministradas orientando os pais/responsáveis quanto à higiene bucal e aos hábitos alimentares de risco para cáries.

Após dois meses, foi realizada uma segunda etapa do estudo com uma amostra de 22 participantes selecionados, de forma aleatória, da primeira amostra, em que foi

possível perceber de forma qualitativa as modificações das ações educativas apresentadas.

Após a participação dos responsáveis na atividade educativa, avaliou-se o impacto dessas ações por meio de questionário com três perguntas discursivas:

1) *No mês de fevereiro, a senhora participou de um grupo educativo sobre saúde bucal aqui na UAPS. Gostaria de saber, de que maneira as orientações que a senhora recebeu influenciaram na forma de cuidar da saúde bucal do seu filho?*

Grande parte dos entrevistados apontou modificações na relação hábitos e saúde bucal, entretanto poucos especificaram as alterações ocorridas. Em geral, relataram que as mudanças foram importantes e úteis, havendo valorização das informações recebidas. A melhora quanto à técnica de escovação foi citada por alguns entrevistados, bem como a higienização dentária depois de mamadas noturnas, medidas importantes na prevenção da “cárie de acometimento precoce”:

“Ajudaram como escovar o dentinho dele, a limpar o dentinho, a passar o fio dental... Eu mudei alguns hábitos, antes eu limpava com creme dental, o médico falou que não, que era para limpar somente com água, que era melhor somente com água e estou, ensinando ele a pegar a escovinha, a passar a escovinha no dente, então algumas coisas vai mudando nos hábitos” (questionário 15).

“... não dormir, né, com a boca suja, com os dentes sujos” (questionário 47).

“... não fazia com a fralda ou com a gaze, então eu passei a fazer, os dentes ficaram mais branquinhos, e aí eu passei a fazer desse jeito, como foram explicadas lá. As informações foram muito úteis, serviram para ajudar bastante” (questionário 05).

2) *Quais as principais dificuldades que a senhora encontrou para colocar em prática as orientações recebidas?*

Em relação à questão das dificuldades encontradas para colocar em prática as orientações recebidas quanto à saúde bucal dos filhos, oito entrevistadas relataram não terem encontrado nenhuma dificuldade e oito encontraram dificuldades, sendo que um entrevistado relatou não ter colocado em prática as orientações recebidas. Dentre os relatos de mudanças nos hábitos, quatro já se adaptaram à rotina da higienização, cinco encontraram resistência da criança durante a limpeza, duas apresentaram dificuldades devido a uma condição especial passada pela criança

(nascimento dos dentes, gengiva machucada), uma encontrou dificuldade pela frequência a ser realizada à limpeza da boca e uma mãe encontrou resistência da criança em abandonar hábitos prejudiciais (mamadeira, bico).

“Não tive muita dificuldade não, do jeito que vocês me explicaram foi bem fácil, não tive muita dificuldade não” (questionário 09).

“As dificuldades, é só as mordidas, é só isso, porque ele está com quatro dentinhos, então na hora de limpar fica mais difícil, porque o dentinho às vezes complica; às vezes ele não aceita a escova, então eu passo o dedo, e quando vai passar o dedo às mordidas são certas, mas o resto está tranquilo” (questionário 15).

“Ah, porque o pequenininho é bem levado, na hora de abrir a boca ele não quer abrir, de passar a fralda, de passar a gaze, ele chorava, mas aí agora ele já até acostumou, ele mesmo já abre a boca sozinho, quer pegar o pano e passar ele mesmo, agora ele já acostumou” (questionário 05).

As crianças não apresentam colonização de bactérias cariogênicas em sua cavidade oral antes da erupção dos primeiros dentes, no entanto, a recomendação da higienização bucal do bebê após alimentar-se, principalmente, após a última amamentação, é imprescindível para que essas crianças cresçam em boas condições de saúde bucal ao longo de sua vida e adquiram o hábito de higienização desde a infância.²⁶

A realização de higiene bucal visa à retirada de restos alimentares, mantendo a cavidade oral saudável, além de proporcionar a criação de hábitos de higienização dental após a erupção dos dentes, quando a criança necessitará fazer uso da escova dental.²⁷

Entretanto, apesar da importância desses hábitos, muitas mães ainda encontram dificuldades referentes à implementação dos mesmos. Muitas alegam que além da falta de tempo para colocar em prática as orientações, afirmam encontrar dificuldades devido à resistência da criança que, na maioria das vezes, não permite a limpeza da cavidade oral.

3) *A senhora trouxe o seu filho para o retorno agendado? Por quê?”*

Apesar das palestras e da conscientização citadas por muitos da importância da consulta periódica ao dentista, verificou-se baixa adesão no que se refere às consultas marcadas para avaliação com profissional especializado. Dos 22 entrevistados, apenas quatro relataram ter retor-

nado com o filho ao dentista. Dentre os motivos citados pelo não retorno para a consulta, destaca-se o fato de que os pais/responsáveis pelas crianças trabalham durante o horário de funcionamento das UAPS, não podendo levá-las, portanto, à consulta. O esquecimento foi relatado por quatro deles, fato que pode estar relacionado com o intervalo de dois meses entre a marcação e data da consulta.

“Não, porque eu estava trabalhando. (E não tinha ninguém para levar não?) Não, não teve ninguém para levar não!” (questionário 13).

“Não, eu até esqueci, porque tinha marcado bem tempo depois... Eu até esqueci, aí quando vi já tinha perdido, né?” (questionário 31).

“Eu esqueci, porque passou muito tempo.” (questionário 08).

Desse modo, fica evidente a importância da interação da equipe de saúde bucal com a equipe multiprofissional da unidade de saúde, a fim de que possa ser frequentemente reforçada a relevância dos cuidados de saúde bucal infantil. A saúde odontológica da criança está contida no Programa Saúde da Família e deve ser abordada como tema de responsabilidade de toda a equipe de saúde. Esses temas devem fazer parte da rotina de trabalho de todos os membros da equipe, sendo discutidos para que as orientações sejam repassadas de forma adequada para os pais e/ou responsáveis pelas crianças.²⁸

Ainda se pode citar entre as justificativas utilizadas a realização de viagem na data marcada, o adoecimento da criança ou do responsável e problemas pessoais, além do desinteresse de um dos entrevistados.

CONCLUSÕES

A cárie dental permanece como um dos maiores desafios na atenção primária à saúde de crianças de 0 a 2 anos de idade.

Embora os índices de prevalência de cárie na referida faixa etária tenham sofrido redução, a alta prevalência de hábitos alimentares nocivos e da má higiene bucal tendem a dificultar a abordagem efetiva do problema nas UAPS.

A participação dos profissionais de saúde, de forma ativa, constante e interdisciplinar, é essencial para a sensibilização e motivação dos responsáveis para a importância do enfrentamento precoce do problema e de seus benefícios relacionados à qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Programa PET-SÁUDE desenvolvido pelo Ministério da Saúde e da Educação, em parceria com a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, pelo apoio concedido para a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Brandão IMG, Arcieri RM, Sundefeld MLM, Moimaz SAS. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. Cad. saúde pública 2006 jun.; 22(6):1247-56.
2. Prakash P, Subramaniam P, Durgesh BH, Konde S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. Eur J Dent. 2012 apr.; 6(2):141-52.
3. Misra S, Tahmassebi JF, Brosnan M. Early childhood caries – a review. Dent Update. 2007 nov.; 34(9):556-8,561-2,564.
4. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early childhood caries. Int J Dent. 2011; 2011:725320.
5. Lima CMG, Watanabe MGC, Palha PF. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. Pediatría (São Paulo), 2006; 28(3):191-8.
6. Guarienti CA, Barreto VC, Figueiredo MC. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2009 set./dez.; 9(3):321-5.
7. Kitamura ES, Leite IC. Correlação entre índice de desenvolvimento humano e cárie dentária em uma amostra de municípios mineiros: implicações para a inclusão da odontologia na estratégia saúde da família. Rev APS. 2009; 12(2):140-9.
8. Peres KG, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. Rev. Saúde Pública 2000; 34(4):402-8.
9. Ribeiro NME, Ribeiro MAS. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. J. Pediatr. 2004; 80(5 Supl):S199-S210.
10. Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, et al. Determinantes sociais e

- biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003 dez.; 6(4):293-306.
11. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médica; 1995.
12. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz-Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
13. Long CM, Quinonez RB, Beil HA, Close K, Myers LP, Vann WF Jr, et al. Pediatricians' assessments of caries risk and need for a dental evaluation in preschool aged children. *BMC Pediatr.* 2012 jul. 11;12:49.
14. Novais SMA, Batalha RP, Grinfeld S, Fortes TM, Pereira MAS. Relação doença cárie-açúcar: prevalência em crianças. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. Integr* 2004 set./dez.; 4(3):199-203.
15. Serrig LM, Mainardi APR, Oliveira MDM. Cárie dentária em bebês. *RFO UPF* 1998 jan./jun.; 3(1):13-22.
16. Theodoro DS, Gigliotti MP, Oliveira TM, Silva SMB, Machado MAAM. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês. *Odontol. clín.-cient* 2007 abr./jun.; 6(2):133-7.
17. Holanda JZ, Rodrigues MJ. Cárie precoce na infância: relato de caso clínico. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6(29):12-7.
18. Fernandes FRC, Guedes-Pinto AC. Cárie dentária. In: Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 6ª. ed. São Paulo: Santos; 1997. cap.21, p.301-21.
19. Naegele MA, Volschan B, Silveira F. Identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de cárie precoce na infância. In: 17ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica; 2000, Águas de Lindoia. Anais. Águas de Lindoia: Sociedade Brasileira de Pesquisas Odontológicas; 2000. p.111.
20. Pereira WF, Ferrari AR, Borges SP, Cruz RA. Influência materna e os fatores de risco da carie dentária. *Rev. do CROMG* 2002; 8(1):33-42.
21. Ferelle A (org.), Closs C, Maluf EMCP, Fraiz FC, Pinto LMCP, Walter LRF, et al. Guia de orientação para saúde bucal nos primeiros anos de vida. Londrina: UEL; 2008. 12p.
22. Oliveira DFS, Moura HG, Oliveira AJ. Higiene bucal de bebês de 0 a 6 meses. *Rev. Cient. ITPAC* 2008; 1(2):34-8.
23. Walter LRF, Ferelle A, Hokama N, Pelanda VLG, Franco MPS, Iega R. Cárie em crianças de 0 a 30 meses de idade e sua relação com hábitos alimentares. *Encicl. Bras. Odont.* 1987; (5):129-36.
24. Sommer S, Zuchetto de Barros AG, Couto de Lima G, Silva Viana Ee, Floriani Kramer P. Perfil dos pacientes atendidos na Clínica de Odontopediatria do Curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. *Stomatos* 2008; 14(27):3-16.
25. Colares V, Caraciolo G. Motivo da visita ao dentista pelas crianças com cinco anos de idade na cidade do Recife. *Odontol. clín.-cient set./dez.* 2005; 4(3):193-8.
26. Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. *Rev. Odonto Ciênc.* 2008; 23(4):375-9.
27. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda YYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. *RGO* 2007; 55(3):271-4.
28. Lima CMG, Watanabe MGC, Palha PF. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. *Pediatria (São Paulo)* 2006; 28(3):191-8.

Submissão: maio/2013

Aprovação: maio/2014
