

**Revista de APS**<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>

Puericultura na Atenção Primária: conhecimentos e atitudes em saúde bucal das mães

Childcare in Primary Health Care: knowledge and attitudes in oral health among mothers

Alane Tamyres dos Santos¹, Mônica Moreira Dias da Cruz², Luciana de Barros Correia Fontes³

RESUMO

A proposta deste trabalho foi avaliar os conhecimentos e atitudes em saúde bucal de mães acompanhadas em serviço de puericultura na atenção primária, particularmente direcionados aos seus bebês. Métodos: Estudo transversal, com a análise descritiva e analítica dos dados, desenvolvido com mães acompanhadas na puericultura de uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário V da cidade do Recife, estado de Pernambuco. A amostra foi do tipo censitária, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão adotados. Para a coleta de dados empregou-se a entrevista face a face com a aplicação de questionário, entre os meses de novembro e dezembro do ano de 2018. A margem de erro adotada para os testes estatísticos foi de 5% considerando-se os testes Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob CAAE 95992518.8.0000.5208. Resultados: A amostra total foi composta por 77 mães, com sua maior frequência na faixa etária entre 21 e 30 anos, apresentando ensino fundamental incompleto e renda mensal familiar inferior a um salário mínimo. Dessas, a maioria não recebeu orientações sobre saúde bucal no serviço de puericultura. Aproximadamente metade dos bebês com até 24 meses de idade faziam o uso de mamadeira noturna, sem higiene após a mesma e com uma dieta rica em açúcar a partir dos seis meses de idade. Principais conclusões: As pesquisadas detinham um conhecimento insatisfatório, na grande maioria, quanto aos hábitos e cuidados de saúde bucal de seus filhos.

¹ Concluinte da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco, especializando em Odontopediatria e mestranda em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco.

² Mestre em Odontopediatria pela Universidade de Pernambuco. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco, pela Unidade de Saúde da Família de Mangueira II, no Recife.

³ Mestre e Doutora em Odontopediatria. Professora Adjunta do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva da Universidade Federal de Pernambuco e tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Disciplinas ministradas: Ortodontia, Odontopediatria e Clínica Integral 5. E-mail: lu.bc.f@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Odontopediatria. Puericultura. Saúde da Família.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the oral health knowledge and attitudes of mothers accompanied in primary care service, particularly in relation to their babies. Methods: Cross-sectional study, with descriptive and analytical analysis of the data, developed with mothers assisted in childcare at a Family Health Unit in the Health District V of the city of Recife, State of Pernambuco. The sample was of the census type, according to the adopted inclusion and exclusion criteria. Data was collected by conducting face-to-face interviews with the application of a questionnaire between November and December of the year 2018. The margin of error adopted for the statistical tests was 5% considering the Fisher's Exact and Person's Chi-square. The study project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco under CAAE 95992518.8.0000.5208. Results: The sample consisted of 77 mothers, with the highest frequency in the age group of 21-30 years of age, presenting incomplete elementary education and monthly family income below a minimum wage. Of these, the majority did not receive oral health guidelines in the childcare service. Approximately half of the babies up to 24 months of age had bedtime bottle, with no hygiene after use and a high-sugar diet from six months of age. Main conclusions: The respondents had an unsatisfactory knowledge, in the great majority, on the oral health care and habits of their children.

KEYWORDS: Pediatric Dentistry. Child Care. Family Health.

INTRODUÇÃO

Consagra-se a puericultura como a ciência que se dedica aos cuidados com o ser humano nas fases do desenvolvimento infantil. O termo "puericultura", criado pelo suíço Jacques Ball Exserd, em 1762, descreve-a como uma atividade voltada essencialmente para a saúde pública e que posteriormente firmou-se como complementação do exercício da pediatria nos consultórios.¹ Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde.²

As consultas de puericultura são efetivadas pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental. Nelas também existe a identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isso, pressupõe a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção.³

No Brasil, conforme preconiza o Ministério da Saúde, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (com idade inferior a seis anos), este como parte integrante das consultas da puericultura. Deve

haver o registro das condições de saúde da criança e seu estado de desenvolvimento e crescimento, além de procedimentos ou ações efetuadas, com o registro na caderneta (cartão) de saúde da criança.⁴

A cultura da puericultura dentro da odontologia ainda não é bem fundamentada; e isso tem origem em falhas na formação do cirurgião-dentista e profissionais da saúde quanto à importância de pequenas e simples ações de educação, que promovem relevante impacto em boa saúde na infância e vida adulta. A medicina e a odontologia deveriam interagir nos mais diversos aspectos, pois a saúde bucal não pode ser considerada uma entidade independente da saúde geral.⁵

Mesmo com as premissas de que a saúde bucal se encontra inserida na puericultura, quando se considera a atenção básica no Brasil, sabe-se que apenas a informação pode não gerar mudanças de atitudes e práticas e que é necessário integrar vários determinantes do comportamento humano tão importantes nas estratégias de promoção da saúde e prevenção das doenças.⁶

Diante de algumas fragilidades e desafios da saúde bucal na atenção primária⁷, e vivências quanto à assistência na puericultura, para mães de crianças com até 24 meses de idade, justificou-se o desenvolvimento deste trabalho, que tem o objetivo geral de avaliar os conhecimentos e atitudes em saúde bucal direcionados aos bebês, por parte das mães que se encontravam no período do puerpério, assistidas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário V em Recife, Pernambuco.

MATERIAL E MÉTODOS

Para atender aos propósitos estabelecidos, desenvolveu-se um estudo transversal, com a abordagem descritiva e analítica dos dados. A área do estudo abrangeu uma USF do Distrito Sanitário V, na cidade do Recife, estado de Pernambuco.

A amostragem foi do tipo censitária, considerando todas as mães cadastradas na puericultura no ano de 2018. Como critério de inclusão também ficou definido o fato de terem pelo menos um filho ou filha com idade igual ou inferior a dois anos. Não houve limite estabelecido de idade para as mães. Os critérios de exclusão compreenderam as mães com quadros de depressão pós-parto ou que apresentassem algum comprometimento neurológico ou psiquiátrico que pudesse interferir na possibilidade de resposta (tais alterações ou comprometimentos registrados nos prontuários médicos da Unidade em questão), mães que trabalhavam em horário além do expediente da USF, mães que não se encontrassem no domicílio após duas tentativas de entrevista ou que houvessem mudado recentemente de domicílio, para um local fora da área de abrangência deste estudo.

O instrumento para a coleta de dados foi direcionado à investigação presente e fundamentado em outros trabalhos consultados na literatura.⁸ As variáveis do estudo

abrangeam características sociodemográficas, informações relacionadas às consultas na puericultura e quanto aos conhecimentos e atitudes direcionadas à saúde bucal, particularmente relacionadas ao filho ou filha com idade de até 24 meses.

A coleta de dados ocorreu na forma de entrevista face a face pela pesquisadora (autora), mediante visita domiciliar e sempre acompanhada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) de cada microárea (A e B), no período entre os meses de novembro e de dezembro do ano de 2018. Com o término da entrevista, foram entregues escova e creme dental (fornecidos pela equipe de saúde bucal da própria USF para cada criança cuja mãe foi entrevistada).

Houve o respeito aos princípios que regem a bioética e as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos e contemplados na Resolução de nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. As participantes maiores de 18 anos assinaram, previamente, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de mães com idade inferior a 18 anos, quando não emancipadas, houve a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), além da assinatura do TCLE por responsável maior de idade. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o CAAE de número 95992518.8.0000.5208. O projeto de pesquisa possuiu vínculo com projeto de extensão da UFPE, sendo o retorno para a população-alvo na forma de educação continuada e assistência conjunta com a equipe da USF.

Os dados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais. Para avaliar associação entre duas variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Utilizou-se a digitação dos dados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 23.

RESULTADOS

De um universo com 146 mães registradas na puericultura, a amostra total incluiu 77 (52,7%) mães distribuídas no controle pelos ACS das equipes A e B da USF participantes da pesquisa. De acordo com os 11 ACS envolvidos nas visitas domiciliares, foram excluídas 36 usuárias que mudaram de endereço; 31 que estavam trabalhando ou não havia ninguém em casa, durante as duas tentativas de entrevista agendadas; uma mãe porque, à data do exame, o seu filho tinha idade superior a 24 meses; e outra, porque o cadastro da família não foi concluído na USF em questão.

Na Tabela 1 se apresentam os resultados relativos às características do perfil sociodemográfico das mães pesquisadas em que se destaca que a faixa etária destas se encontrava-se no intervalo de 21 a 30 anos (59,2%); um pouco mais da metade

(53,9%) das entrevistadas eram casadas ou viviam em união estável; o maior percentual (44,7%) correspondeu às mães que apresentavam como grau de escolaridade o ensino fundamental incompleto; a maioria (73,7%) tinha renda inferior a um salário mínimo vigente à época da coleta de dados; mais da metade (55,3%) eram donas de casa ou do lar e 31,6% possuíam um filho ou filha com idade entre um e seis meses.

Tabela 1 – Perfil demográfico das mães e filhos pesquisados

Variável	N	%
TOTAL	76	100,0
Faixa etária (anos)		
13 a 20	14	18,4
21 a 30	45	59,2
31 a 40	15	19,7
41 a 50	2	2,6
Estado civil		
Solteira	35	46,1
Casada/União estável	41	53,9
Escolaridade		
Fundamental incompleto	34	44,7
Fundamental	17	22,4
Médio/Superior	25	32,9
Renda familiar (salário mínimo)		
Menos de um	56	73,7
Um a dois	14	18,4
Mais de dois	6	7,9
Ocupação		
Dona de casa	42	55,3
Outra ocupação, além do cuidado do lar	19	25,0
Desempregada	15	19,7
Número de filhos		
Um	25	32,9
Dois	34	44,7
Três ou mais	17	22,4
Idade da criança (meses)		
Menos de 1	2	2,6
1 a 6	24	31,6
7 a 12	21	27,6
13 a 18	20	26,3
19 a 24	9	11,8

Fonte: elaborado pelas autoras

Dos resultados contidos na Tabela 2, enfatiza-se que mais da metade (56,6%) das mães pesquisadas pertenciam à equipe "B" da USF; um pouco menos da metade (47,4%) tinha realizado 1 a 6 consultas na Puericultura; a maioria (69,7%) informou não ter recebido orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal de sua criança e, do percentual que afirmou ter recebido orientação, 13,2% foram no Serviço de Puericultura.

Tabela 2 – Características do atendimento na puericultura e das orientações em saúde bucal na Unidade de Saúde da Família

Variável	N	%
TOTAL	76	100,0
Equipe da USF em que a mãe pesquisada pertence		
A	33	43,4
B	43	56,6
Número de consultas na puericultura		
Nenhuma	13	17,1
1 a 6	36	47,4
7 a 12	21	27,6
Mais de 12	4	5,3
Não lembra	2	2,6
Recebeu orientação quanto aos cuidados com a saúde bucal de sua criança?		
Sim	21	27,6
Não	53	69,7
Não lembra	2	2,6
Quem fez as orientações?		
Não recebeu	53	69,7
Serviço de puericultura	10	13,2
Outros profissionais de saúde não pertencentes a este serviço	7	9,2
Cirurgião-Dentista ou CD	2	2,6
Outras pessoas	2	2,6
Não lembra	2	2,6

Fonte: elaborado pelas autoras

A Tabela 3 mostra algumas questões levantadas no questionário e relativas à higiene bucal do bebê, hábitos bucais e erupção dentária. Na questão "Quando se deve iniciar a limpeza da boca da criança", o maior percentual (47,4%) respondeu "Logo após o nascimento do bebê"; um pouco mais da metade (52,6%) afirmou que não acha possível uma criança crescer sem cárie; na questão "O que devemos usar para fazer a higiene bucal no primeiro ano de vida?", a maioria (64,5%) respondeu ser "Gaze/fralda". Em relação à idade em que a criança pode escovar os dentes sozinha, 48,7% informaram ser de 1 a 3 anos; 90,8% não haviam levado o filho para consulta ao dentista,

mas na questão “Quando deve ocorrer a primeira consulta no dentista?”, um pouco mais da metade (51,3%) respondeu ser “Antes de um ano ou 12 meses de idade”. Também existiu uma questão, aqui descrita à parte, quanto à possibilidade de transmissão da cárie da mãe para o filho, cujo maior percentual, 40,8%, afirmou não ser possível, 32,9% não sabiam responder e 26,3% acreditavam que sim. Com relação às atitudes em higiene bucal adotadas, a maioria afirmou que higienizava (limpava) a boca do seu filho “Sim, regularmente” ou “Sim, às vezes”, em percentuais de 40,8% e 39,5% respectivamente. Do percentual total que higienizava, 50,0% responderam que não tinham dificuldade para esse procedimento e 46,1% não usavam creme dental ou pasta de dentes para higienizar a boca. Das que utilizavam, 15,8% afirmaram cobrir a metade das cerdas da escova; 21,1% informaram que a pasta tinha flúor. Para as perguntas abrangendo hábitos bucais e erupção dos dentes, mais da metade (56,6%) afirmou que a criança ainda era amamentada no seio à data da entrevista e, deste valor, 30,3% afirmaram fazer a higienização da boca da criança após a amamentação. Exatamente a metade das crianças utilizava chupeta, 69,7% mamadeira e 48,7% mamadeira noturna; na questão “Quando irrompeu o primeiro dente decíduo (de leite) da sua criança? ”, 32,3% afirmaram não ter irrompido e 26,3% que irrompeu até 6 meses.

Tabela 3 – Características da higiene bucal do bebê, hábitos bucais e erupção dentária

Variável	N	%
TOTAL	76	100,0
Higieniza (limpa) a boca do seu filho com idade até dois anos?		
Sim, regularmente	31	40,8
Sim, às vezes	30	39,5
Não realiza	15	19,7
Tem dificuldade(s) para higienizar a boca da sua criança?		
Sim	23	30,3
Não	38	50,0
Não higieniza	15	19,7
Se usa creme dental ou pasta de dentes, qual a quantidade colocada nas cerdas da escova?		
Cobrindo todas as cerdas da escova	4	5,3
Cobrindo metade das cerdas da escova	10	13,2
Cobrindo menos da metade das cerdas da escova	12	15,8
Não usa	35	46,1
Não higieniza	15	19,7
Como é o creme dental que utilizava?		
Com flúor	16	21,1
Sem flúor	10	13,2

(Conclusão)

Variável	N	%
Não usa	35	46,1
Não higieniza	15	19,7
A criança ainda é amamentada no seio materno?		
Sim	43	56,6
Em caso positivo, limpa a boca da criança após a amamentação?		
Sim	23	30,3
Não	20	26,3
Não é amamentada	33	43,4
Sua criança usa chupeta?		
Sim	38	50,0
Sua criança usa mamadeira?		
Sim	53	69,7
A criança usa mamadeira noturna?		
Sim	37	48,7
Quando irrompeu o primeiro dente decíduo (de leite) da sua criança?		
Ainda não irrompeu	25	32,9
≤ 6 meses	20	26,3
De 7 meses até os 12 meses	17	22,4
> 12 meses	1	1,3
Não lembra	13	17,1

Fonte: elaborado pelas autoras

Analisou-se a possibilidade de associação entre as variáveis investigadas, o que apenas ocorreu entre três dessas. A Tabela 4 mostra associação significativa entre a faixa de idade da criança com cada uma das questões “A criança é alimentada com dieta rica em doces?”, “A criança tem escova de dentes?” e número de consultas na Puericultura. Para essas questões, enfatiza-se que: o percentual que afirmou que a criança era alimentada com dieta rica em doces ou açucarada foi mais elevado na faixa 13 a 18 meses (85,0%), situação semelhante ao que ocorreu com o percentual de crianças que possuíam escova de dentes (75,0%), com o maior percentual na mesma faixa etária. Entre o número de consultas na puericultura o maior percentual relatado, 69,2% ocorreram de 1 a 6 consultas com o bebê na faixa etária de até 6 meses.

Tabela 4 – Distribuição dos bebês, de acordo com o consumo de alimentos adocicados, higiene bucal e número de consultas na puericultura

Variável	A criança é alimentada com dieta rica em doces			A criança tem escova de dentes			Número de consultas na puericultura				
	Sim	Não	Grupo Total	Sim	Não	Grupo Total	Nenhuma vez	1 a 6	7 a 12	>12	Grupo Total
Até 6											
N	5	21	26	2	24	26	7	18	1	-	26
%	19,2	80,8	100,0	7,7	92,3	100,0	26,9	69,2	3,8	-	100,0
7 a 12											
N	11	10	21	7	14	21	3	8	10	-	21
%	52,4	47,6	100,0	33,3	66,7	100,0	14,3	38,1	47,6	-	100,0
13 a 18											
N	17	3	20	15	5	20	2	6	8	3	19
%	85,0	15,0	100,0	75,0	25,0	100,0	10,5	31,6	42,1	15,8	100,0
Criança (meses)											
N	7	2	9	6	3	9	1	4	2	1	8
%	77,8	22,2	100,0	66,7	33,3	100,0	12,5	50,0	25,0	12,5	100,0
Total											
N	40	36	70,6	30	46	76	13	36	21	4	74
%	52,6	47,4	100,0	39,5	60,5	100,0	17,6	48,6	28,4	5,4	100,0
Valor de p	$p^{(1)} < 0,001^*$			$p^{(2)} < 0,001^*$			$p^{(1)} = 0,002^*$				

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1) Através do teste Exato de Fisher

(2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson

Fonte: elaborado pelas autoras

DISCUSSÃO

Com a finalidade de comparar os resultados obtidos nesta pesquisa a outros estudos consultados na literatura, inicialmente se pondera sobre as possibilidades e limitações do estudo presente, com ênfase às especificidades da comunidade em questão, quantitativo da amostra e a possibilidade do viés de memória. Em acréscimo, as características sociodemográficas peculiares das mães atendidas pelas equipes A e B da USF na cidade do Recife, local onde a pesquisa ocorreu, descrevendo as suas peculiaridades. A população acompanhada pela equipe “A” apresenta um nível cultural e financeiro melhor. Os usuários dessa equipe utilizam menos o serviço da USF, uma vez que muitos possuem planos de saúde (preferindo tal serviço de assistência). A assistida pela “equipe B”, com uma escassez mais evidente de recursos básicos de subsistência, possui uma dependência maior da USF, com uma utilização maior da mesma.

Enquanto na equipe A existe uma facilidade de acesso e comunicação USF-profissionais-usuários, tornando o trabalho mais harmonioso, na equipe B essa ligação é fragilizada, encontrando-se um cenário “arisco” e de difícil processo de trabalho. A população necessita de maior assistência e cuidados. Porém, muitas vezes por não saberem a quem ou como cobrar seus direitos, acabam agindo de forma impensada com os primeiros que julgam culpados.

Quanto às lideranças comunitárias, atualmente não existem. Na “equipe B”, há uma Organização Não Governamental (ONG) que possui encontros com mulheres da área para prepararem comidas e elaborarem artefatos (presentes/lembranças) para ajudarem o próximo.

No que se referiu à faixa etária, as puérperas pesquisadas apresentavam-se, com maior frequência, dos 21 aos 30 anos, fase posterior à adolescência e de maior desenvolvimento físico e emocional para o enfrentamento de uma gestação, apesar do aumento da taxa de fecundidade e de gravidez na adolescência, quando comparada à taxa em mulheres adultas, especialmente em países mais pobres, como na América Latina.⁹

O estado civil das mães entrevistadas corrobora com estudo de Guibu et al. (2017), que atribuíram a condição de união estável ou casamento como de maior predominância para os usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Os autores afirmam ainda que as proporções de união estável no Norte e Nordeste foram maiores, quando comparadas às demais regiões do país.¹⁰

Na atual pesquisa, houve a identificação do baixo nível de escolaridade e de renda, em grande parte das entrevistadas. Estudo também realizado no Brasil, enfatizou essas características para o sexo feminino e a região nordeste do país, ressaltando ainda as grandes diferenças socioeconômicas entre as diversas regiões brasileiras.¹⁰ O nível de escolaridade materna possui uma relação direta quanto à participação em serviços de saúde e à busca por orientação, conhecimentos e

medidas que possam reduzir a possibilidade de doenças em seus filhos, de forma particular os problemas de saúde bucal.¹¹

Direcionando-se à promoção de saúde, propriamente dita, no que se refere à puericultura na atenção primária, é evidente que o cuidado no primeiro contato funciona como “porta de entrada” para o sistema de saúde e representa uma oportunidade de captação precoce das crianças para a atenção e controle. A equipe da ESF (Estratégia de Saúde da Família), atuando de forma multidisciplinar e prioritariamente com a promoção da saúde, tem, em tese, as melhores condições para promover a saúde infantil e materna. No entanto, existem divergências entre o que é preconizado ou idealizado e a realidade das ações na atenção básica direcionada a esse público-alvo. Estudos sinalizam para uma deficiência na capacitação da equipe e falta de estrutura para as ações de vigilância do crescimento infantil.^{12,13}

A consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (puericultura), quando realizada no âmbito da ESF, funciona como uma ferramenta indispensável na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), além de propor novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as crianças. No entanto, são escassos os relatos na literatura a respeito da realização do acompanhamento multiprofissional na puericultura, abordagem das diversas especialidades da área de saúde, inclusive e de forma particular com a inserção das equipes de saúde bucal.¹⁴

No que diz respeito aos dados desta pesquisa, referentes ao número de consultas na puericultura, eles estão de acordo com o que é preconizado no calendário do Ministério da Saúde do Brasil, com consultas estabelecidas na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Contudo, as crianças que necessitam de maior atenção devem ser vistas com maior frequência.^{4,14,12,13}

No presente estudo não se constatou a orientação das mães assistidas na puericultura, quanto aos cuidados com a saúde bucal de sua criança. Resultado diferente foi constatado em pesquisa realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar na cidade de Gurupi, Estado de Tocantins, região da Amazônia Legal, durante o ano de 2015. Segundo os dados obtidos na atenção básica, todas as mães que participaram do estudo receberam as devidas informações sobre a saúde bucal do bebê, exceto quanto à posição ideal para realizar essa limpeza¹⁵. Diante de tais diferenças, cabe ratificar a importância de ações de saúde bucal na puericultura, como parte das linhas de cuidado integrais de assistência à criança, em conjunto com toda a equipe da atenção primária pelo SUS, de forma a elucidar as possíveis dúvidas ou inquietações nesse contexto.

Na USF onde ocorreu o estudo, as mães (no serviço de puericultura) recebem, de início, atendimento dos enfermeiros da unidade (cada um responsável por uma equipe: A ou B). Eles realizam suas atividades de controle e acompanhamento das crianças e, posteriormente, encaminham para serem atendidas pela equipe de saúde bucal. No acompanhamento odontológico, as mães são orientadas com temas pertinentes como a amamentação, cárie de mamadeira, uso do açúcar, higiene bucal e hábitos deletérios, além de ser realizada uma avaliação da condição de saúde bucal das crianças e realizado procedimento quando necessário.

A assistência à saúde infantil desenvolvida na USF, através da puericultura, tem por objetivo acompanhar a progressão das crianças de forma global, em todas as áreas do saber no campo da saúde, a fim de possibilitar assistência integral e promover qualidade de vida.¹⁴ No calendário mínimo de consultas estabelecidas, são previstas sete no primeiro ano de vida, duas no segundo e uma a cada ano a partir do terceiro ano de vida, até a criança completar seis anos de idade.⁴ Em uma situação adversa, tem-se uma população sem conhecimento suficiente diante de assuntos pertinentes para uma saúde e qualidade de vida satisfatória, como constatado pelos resultados obtidos em relação aos conhecimentos e práticas em saúde bucal neste estudo. Isso também revela a necessidade de maior prioridade dos gestores sobre essa ação junto às políticas de saúde e educação. Nesse sentido, para realizar uma puericultura eficiente, deve-se compreender a criança em seu ambiente familiar e social e atuar de forma generalista e conjunta com todos os profissionais de saúde.

De acordo com o presente estudo, um pequeno número de mães relatou que a limpeza da boca da criança deveria ser iniciada logo após o nascimento, com utilização de gaze ou fralda. Vale salientar ainda que elas acreditavam não ser possível, mesmo com a higiene realizada, que as crianças crescessem sem cárie. Apesar de muitas divergências sobre quando iniciar a higiene bucal dos bebês, pesquisas têm orientado que a higiene oral deve ser realizada de forma adequada à idade, antes da erupção dos primeiros dentes, e continuar pelos responsáveis ou sob a supervisão desses, até que a criança seja capaz de realizar de forma independente. Quando o bebê ainda não tiver dente erupcionado, uma vez ao dia, utilizando-se gaze, pano úmido enrolado no dedo ou dedeira de silicone, com vistas ao estabelecimento de uma flora oral saudável. Passa-se delicadamente em toda gengiva, língua e bochechas, removendo, assim, os resíduos da dieta. A partir da presença de dentes, deve ser realizada duas vezes ao dia, com escova de dentes compatível com o tamanho da boca da criança e fio dental quando houver contato entre os dentes.¹⁶⁻¹⁵

Pesquisas abordam a importância da primeira consulta no dentista para elucidar as mães quanto à avaliação individual do risco de cárie, à orientação sobre higiene bucal, dieta saudável e à aplicação tópica de flúor; fatores de grande relevância para as crianças crescerem livres de cárie.^{17,18} O trabalho em conjunto da odontologia com a

equipe da estratégia de saúde da família é importante para disseminar a informação da necessidade de o bebê comparecer à consulta com o dentista no primeiro ano de vida e que isso passe a ser prática corriqueira na rotina da unidade primária de saúde.^{17,19}

Estudos constataram que os hábitos de escovação dos pais influenciam os comportamentos de escovação dos filhos. Portanto, a adoção de hábitos comportamentais coerentes na infância começa em casa com os pais, principalmente com a mãe, que desempenha um importante papel no estilo de vida relacionado à saúde bucal dos filhos. Os pais devem ser informados de que seus hábitos de saúde dental influenciam a saúde bucal de seus filhos²⁰. Desta forma, a educação prévia dos pais, a ausência de fatores de risco e a idade inicial de atendimento precoce representam variáveis fundamentais na prevenção da cárie dentária.²¹

A escovação e o uso do fio dental regulares eliminam bactérias cariogênicas e substâncias fermentáveis da superfície dos dentes. Assim, os bons hábitos de higiene bucal ajudam a evitar patologias como doenças periodontais e cáries dentárias, consideradas problemas de saúde pública frequentes.²⁰ Dessa forma, a partir do irromper do primeiro dente decíduo (de leite ou temporário), a higiene oral deve ser realizada com uma escova de dentes com tamanho da cabeça da escova proporcional à boca da criança e com as cerdas extramacias ou macias.^{13,22} Conforme apresentado na literatura, a primeira infância é um período ideal para introduzir bons hábitos, assim, ações educativas na atenção primária à saúde junto às famílias tendem a apresentar um impacto positivo no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal das crianças, com repercussões na qualidade de vida.^{22,23}

No presente estudo, a maioria das mães relatou não apresentar dificuldade em higienizar a boca do filho. Esses achados corroboram com estudo de Rank (2018), no qual as mães também não apresentaram dificuldades em higienizar a boca da criança, porém desconheciam a melhor forma e posição para realizar tal higiene.¹⁵ A pesquisa também levantou que, segundo as mães, o filho poderia escovar os dentes sozinho quando estivesse com idade entre um e três anos; achado também registrado em estudo realizado no Rio Grande do Sul identificou, de acordo com as mães pesquisadas, o mesmo achado. Contudo, para essa faixa etária, a motricidade fina da criança ainda não está desenvolvida, devendo, portanto, haver um adulto responsável supervisionando²⁴ até que a criança seja autônoma, por volta dos 8 a 10 anos.¹⁷

No presente estudo, apesar de as mães terem informado que a primeira consulta do filho ou filha ao dentista deveria ocorrer antes dos doze meses de idade, foi quase unânime entre as mesmas não terem levado seus filhos ou filhas nessa época, até o momento da entrevista. De acordo com a literatura consultada, a primeira consulta ao dentista deve ocorrer antes dos 12 meses de idade para todas as crianças, independentemente do nível de risco de cárie.¹⁶ Isso como prevenção de doenças oportunistas a exemplo da candidíase bucal e para introduzir hábitos de

higiene, desde o nascimento, a fim de permitir que os futuros dentes erupcionem em uma cavidade saudável.¹⁵

No que se refere à possibilidade de transmissão da cárie da mãe para o filho ou filha, foi grande a quantidade de mães nesta pesquisa que acreditava não ser possível. Quanto a isso, a literatura científica traz a possibilidade de transmissão do agente causador da cárie (*estreptococos mutans*), através do íntimo contato que estabelece com suas mães ou outros cuidadores.²⁵ Logo, seria importante que os pais e/ou outros cuidadores da criança não compartilhassem colheres e outros utensílios com o bebê, tampouco limpassem a chupeta com sua saliva ou soprassem a comida, além de evitar beijo na boca das crianças.¹⁷

Na questão abordada sobre o uso de dentifrício, neste trabalho, quase metade das mães relatou que não utilizavam creme ou pasta de dentes para higienizar a boca da criança, fato preocupante. E das que faziam uso, um número ainda menor informou que o creme dental continha flúor. Estudos têm demonstrado a importância da remoção da placa bacteriana (biofilme) da superfície dental por meio da escovação dentária com pasta fluoretada como sendo um método efetivo para evitar ou deter a cárie em todas as idades.²⁶ Assim, considerando os fatores envolvidos no desenvolvimento da cárie e o efeito do flúor para seu controle, não há razão de privar crianças abaixo de três anos da utilização do dentifrício fluoretado.¹⁹

Dados quanto à amamentação na pesquisa atual podem ser considerados satisfatórios, segundo a literatura, em que se reforça a adoção do aleitamento materno, como forma de alimentação exclusiva, até o sexto mês de vida.¹⁷ A amamentação natural exclusiva possui impacto positivo para a saúde materno-infantil.

No estudo vigente, boa parte das crianças faziam uso de chupeta (hábito bucal deletério), característica cultural e que ainda aparece como um tema controverso na literatura: poderia ser aliada no sufocamento dos bebês durante o sono, um recurso para acalmar ou um hábito exclusivamente deletério quanto ao crescimento transversal da maxila, ao tempo de duração da amamentação natural exclusiva e para a deglutição do bebê? Palma et al. (2010) orientaram, no caso de uso, que a chupeta apresente formato anatômico, cabendo salientar que o hábito deverá ser removido progressivamente, a partir dos 12 meses de idade da criança, e definitivamente em torno de 2 anos.¹⁷

O uso da mamadeira por parte das crianças, em especial a mamadeira noturna, apresentou grande destaque no estudo atual. Práticas de alimentação infantil em que as crianças são colocadas para dormir com uma mamadeira contendo fórmula, leite de vaca ou outras bebidas adoçadas estão associadas a cárie na primeira infância; logo, devem ser evitadas.¹⁶ As orientações sugeridas são por trocar a mamadeira por copos, a depender da idade da criança, não adicionar nenhum tipo de açúcar ou adoçante na alimentação, não aconselhar

seu uso à noite após erupção do primeiros dentes. Se a criança adormecer enquanto for alimentada, deve-se escovar os dentes antes de colocá-la na cama e seu uso deve ser abandonado progressivamente após 12 meses de idade e definitivamente quando os molares decíduos estiverem em erupção.¹⁷

A dieta rica em doces ou açucarada por parte das crianças foi outro fator preocupante nesta pesquisa, em especial por não existir o consumo consciente e o controle de higiene bucal adequado. O estudo de Faustino-Silva et al.²⁴ também encontrou percentuais elevados de dieta rica em açúcar na primeira infância. Os responsáveis pelas crianças acreditavam que o açúcar poderia ser introduzido na dieta do menor, ainda no primeiro ano de vida, denotando a falta de conhecimento sobre o assunto. Recomenda-se evitar as fontes de açúcares fermentáveis, "ocultos" e de consistência pegajosa especialmente durante os primeiros 2 anos de vida¹⁷ como prevenção de cáries e doenças crônicas no futuro.

Nesta pesquisa muitas crianças não apresentavam escovas de dentes. Subentende-se, portanto, que não realizavam a escovação dentária ou mesmo que o fato de não terem escovas era por não terem erupcionado os dentes até o momento da pesquisa. Segundo estudos, a escovação está indicada a partir da erupção do primeiro dente decíduo. A remoção da placa bacteriana da superfície dental por meio da escovação é o método mais efetivo para evitar ou deter a cárie nos dentes.^{16,22}

De acordo com os dados obtidos e a literatura consultada, estabeleceu-se a necessidade de melhorar o conhecimento sobre a saúde bucal na puericultura. Isso, tanto na formação e qualificação dos profissionais que atuam na USF, como nas orientações e controle das mães e seus bebês, ou impacto dessas condições na qualidade da assistência.²⁷

CONCLUSÃO

As mães que fizeram parte desta pesquisa apresentavam um conhecimento insatisfatório quanto aos hábitos e cuidados de saúde bucal de seus filhos. Alguns fatores que poderiam estar associados seriam o baixo nível de escolaridade e a falta de informações ou esclarecimentos por parte dos profissionais da saúde vinculados à USF, em especial na puericultura.

Sugerem-se ações educativas em saúde bucal, voltadas para a primeira infância, na atenção primária à saúde. Estas, contemplando a participação dos responsáveis pela criança, fortalecendo o estímulo à introdução e adoção de hábitos saudáveis. Em acréscimo, a capacitação e o estímulo dos profissionais de saúde a promoverem a integralidade do cuidado e assistência integral na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Nations MK, Calvasina PG, Martin MN, Dias HF. Significado cultural dos dentes decíduos para cuidadoras no nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008 abr; 24(4):800-8.
2. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. Programa de saúde da família e puericultura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 set; 11(3):739-43.
3. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev esc enferm USP*. 2011 jun; 45(3):566-74.
4. Assis WD, Collet N, Reichert APA, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas atividades de saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2011 jan-fev; 64(1):38-46.
5. Araújo FB, Barata JS. Promoção de saúde bucal em odontopediatria. In: Kriger L (coord). *Aboprev: promoção de saúde bucal*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 287.
6. Medeiros UV, Knupp RRS. Análise de conhecimentos e práticas de mães sobre saúde bucal. *RBPS*. 2010 out-dez; 12(4):13-8.
7. Sanine PF, Zarili TFT, Nunes LO, Dias A, Castanheira ERL. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018 jun; 34(6):1-15.
8. Walter LRF, Lemos LVFN, Myaki SI, Zuanon ACC. *Manual de odontologia para bebês*. São Paulo: Artes Médicas; 2014.
9. Contijo DT, Medeiros M. A gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2004 dez; 6(3). DOI: 10.5216/ree.v6i3.830.
10. Guibu IA, de Moraes JC, Junior AAG, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN, Álvares J. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Supl 2:s17.
11. Mermarpour M, Dadaein S, Fakhraei E, Vossoughi M. Comparison of oral health education and fluoride varnish to prevent early childhood caries: a randomized clinical trial. *Caries Res*. 2016 Aug; 50 (5):433-42.
12. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues AO. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciênc saúde coletiva*. 2010 out; 15 (Suppl 2):3139-47.
13. Pedraza DF, Santos I. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia de Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017 out-dez; 26(4):847-55.

14. Lopes MR, Paiva PA, Souza GCLL, Nunes GLS, Lucia CM, Rodrigues CAQ, et al. Acompanhamento de consulta de crescimento e desenvolvimento infantil (CD) com abordagem multiprofissional – relato de experiência. *Revista da ABENO*. 2013; 13(2):42-9.
15. Rank RCIC, Santos WM, Aguiar MVC, Vilela JER, Silva MPS, Lima AGD. Posições posturais mais utilizadas pelas mães na limpeza bucal dos bebês. *J Dent Pub H, Salvador*. 2018; 9(4):254-62.
16. Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009 Jan; 21(1):1-10.
17. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediatr Esp*. 2010; 68(7):351-7.
18. Cavalcante PS, Filho PAA, Saboia TM. Saúde Bucal Na Primeira Infância: Percepções Dos Profissionais Da Estratégia Saúde Da Família. *Rev. APS*. 2017 out-dez; 20(4):602-14.
19. Macambira DSC, et al. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. *Revista Saúde e Pesquisa, Maringá*. 2017 set-dez; 10(3):463-72.
20. Castilho ARF, Barbosa TS, Mialhe FL, Puppim-Rontani RM. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. *J. Pediatr. (Rio J) Porto Alegre*. 2013 abr; 89(2):116-23.
21. Oliveira ALBM, Botta AC, Rosell FL. Promoção de saúde bucal em bebês. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2010; 22(3):247-53.
22. 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*. 2017 jan; 22(1):201-7.
23. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):150-6.
24. 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.
25. DenBesten P, Berkowitz R. Early childhood caries: an overview with reference to our experience in California. *J Calif Dent Assoc*. 2003 Feb; 31(2):139-43.
26. Magalhães NA, Moron BM, COMAR LP, Buzalaf MAR. Uso racional dos dentifrícios. *RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre*. 2011; 59(4); 615-25.
27. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 nov; 16(11):4415-23.

Submissão: fevereiro de 2019.

Aprovação: outubro de 2020.