



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA E SAÚDE**

**MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS**

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE  
BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA NA INCIDÊNCIA DE CÁRIE NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

Salvador-BA

2020

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS**

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE  
BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA NA INCIDÊNCIA DE CÁRIE NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

Tese final apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia para a Defesa, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Odontologia e Saúde.

Orientadora: Maria Cristina Teixeira Cangussu

Salvador-BA

2020

**MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS**

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE  
BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA NA INCIDÊNCIA DE CÁRIE NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

Tese final apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia para Defesa, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Odontologia e Saúde.

Banca examinadora:

---

Orientadora: Prof. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu

---

Prof. Dra. Johelle de Santana Passos Soares

---

Prof. Dra. Tatiana Frederico de Almeida

---

Prof. Dra. Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

---

Prof. Dra. Jenny Haydee Abanto Alvarez

Dedico esta Tese à minha família e às famílias do município de Salvador-BA.

## AGRADECIMENTOS

À Deus por ter permitido a realização dessa conquista, com saúde e perseverança.

Aos meus pais Ari e Maura, que me apoiaram de forma incondicional e com muito amor.

Aos meus irmãos Maurício e Murilo, pela cumplicidade e apoio.

À minha família inteira, principalmente minhas tias, minha madrinha, meu padrinho e minhas primas que sempre me apoiaram na luta pelos meus objetivos.

À minha orientadora querida Tininha, por todos os aprendizados que conquistei na construção dessa tese.

Às professoras da banca Johelle Passos, Jenny Abanto, Tatiana Frederico e Maria de Lourdes, que colaboraram com o aprimoramento desta tese.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde da UFBA.

Aos professores da Universidade do Porto, David Cassimiro e Maria de Lurdes Pereira, que possibilitaram a minha vivência e aprendizados no Doutorado sanduíche em Porto- Portugal.

Às minhas amigas e companheiras do curso de Pós-graduação, Gabriela Meyge, Thaís Iglesias e Érica Dagostino.

À Coordenação de Saúde Bucal e à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Salvador por autorizar e apoiar a realização da pesquisa.

Aos meus colegas da Prefeitura Municipal de Salvador, Odontólogos, TSB e ASB por colaborarem com a coleta de dados nas 11 USF.

À minha equipe da USF Canabrava, odontólogos, TSB, ASB, enfermeiras, médicas, Agentes Comunitários de Saúde, administrativos e gerentes que apoiaram a realização da coleta de dados.

Às famílias de todas as crianças que confiaram e aceitaram participar da pesquisa.

Aos estagiários do Projeto de Extensão de Saúde bucal do bebê que colaboraram com a realização da coleta de dados.

Às alunas bolsistas do PIBIC, que colaboraram na digitação do banco de dados da pesquisa.

O meu muito obrigada, gratidão por tantos aprendizados para a vida!

“Educar-se é impregnar de sentido cada momento da vida. “

Paulo Freire

## RESUMO

A cárie dentária na primeira infância é preocupante, por se tratar de uma doença crônica, multifatorial, de alta prevalência e persistente, causando impactos negativos na qualidade de vida das crianças e seus familiares, configurando-se como um problema desafiador global de Saúde Pública. Diversas estratégias de prevenção e promoção da saúde bucal em crianças são experimentadas em todo o mundo, porém ainda não há um consenso sobre o melhor conjunto de medidas e tratamentos para reduzir efetivamente a incidência de cárie na infância. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a materialização dos princípios do SUS na Atenção Básica, tornando-se oportuno o desenvolvimento de ações prioritárias de saúde bucal na infância. Os programas de saúde bucal na primeira infância podem apresentar potencialidades para prevenir cárie na primeira infância e melhorar os indicadores epidemiológicos nesta faixa etária. O objetivo deste trabalho é analisar o impacto de um Programa de Saúde Bucal na primeira infância, com crianças de 6 a 36 meses, na ESF, em Salvador-BA, de 2017 a 2019. Trata-se de um estudo de intervenção longitudinal, realizado em 11 USF, em Salvador-BA, sendo a USF Canabrava (intervenção) e dez USF (controle), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (UFBA). Os critérios de inclusão foram crianças de 6 a 36 meses, residentes das áreas de abrangência das USF selecionadas, expostas ou não expostas ao Programa de Saúde Bucal na primeira infância. A USF Canabrava desenvolve um Programa de Saúde Bucal na primeira infância, contendo ações integradas preventivas e curativas, com o pré-natal odontológico, visita puerperal, puericultura odontológica, ações educativas mensais e na sala de vacina, atendimento clínico e acompanhamento longitudinal da saúde bucal da criança. A coleta de dados foi realizada através de um questionário aplicado aos pais e exames bucais da criança, com análise de lesões iniciais, pelo ICDAS II (Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cárie). A amostra contou com 634 crianças e os resultados mostraram que houve uma predominância da raça/cor preta e parda, sexo masculino, baixa escolaridade da mãe e do pai e baixa renda familiar. O aleitamento materno exclusivo até 6 meses e famílias que recebem o benefício “Bolsa Família” foram identificados como fatores de proteção para prevenção de cárie na infância. A idade, o menor número de cômodos na casa, número baixo de consultas de pré-natal e peso inadequado ao nascer apresentaram-se estatisticamente significante como fatores associados à cárie. A maior parte das crianças apresentaram higiene bucal inadequada. Do total das crianças participantes do estudo, 352 participaram da análise longitudinal. O programa de Saúde Bucal da criança foi estatisticamente eficaz, pois a incidência de cárie foi menor (21%) em USF com o programa do que em USF sem programa (42%), apresentando 79% de crianças livres de cárie, a partir da intervenção. Diante dos resultados apresentados, torna-se pertinente afirmar que os programas de saúde bucal na primeira infância possuem a potencialidade de ampliar o acesso desta faixa etária aos serviços odontológicos, sensibilizar e conscientizar os pais e/ou responsáveis com os cuidados bucais, aumentando seus conhecimentos em saúde bucal, melhorar dos hábitos alimentares e de higiene bucal e melhorar os indicadores de saúde bucal em crianças, evitando impactos negativos na qualidade de vida. Portanto, é relevante investir e priorizar políticas públicas direcionadas aos programas odontológicos na primeira infância, com acompanhamento longitudinal, educação em saúde bucal e abordagem integral das ações, preventivas, curativas e de promoção da saúde bucal, desenvolvendo uma geração livre de cárie. Sugere-se mais estudos longitudinais com amostras mais abrangentes.

Palavras-chaves: Saúde Bucal, Odontopediatria, Saúde Pública, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde

## ABSTRACT

Dental caries in early childhood is a cause for concern, as it is a chronic, multifactorial, highly prevalent and persistent disease, causing negative impacts on the quality of life of children and their families, representing a challenging global public health problem. Several strategies for the prevention and promotion of oral health in children are tried around the world, but there is still no consensus on the best set of measures and treatments to effectively reduce the incidence of childhood caries. The Family Health Strategy (ESF) is the materialization of the principles of SUS in Primary Care, making it opportune to develop priority oral health actions in childhood. Oral health programs in early childhood can have potential to prevent caries in early childhood and improve epidemiological indicators in this age group. The objective of this work is to analyze the impact of an Oral Health Program in early childhood, with children aged 6 to 36 months, at the ESF, in Salvador-BA, from 2017 to 2019. This is a longitudinal intervention study, carried out in 11 USF, in Salvador-BA, with USF Canabrava (intervention) and ten USF (control), approved by the Research Ethics Committee (UFBA). The inclusion criteria were children aged 6 to 36 months, living in the areas covered by the selected USF, exposed or not exposed to the Oral Health Program in early childhood. The USF Canabrava develops an Oral Health Program in early childhood, containing integrated preventive and curative actions, with dental prenatal care, puerperal visit, dental childcare, monthly educational activities and in the vaccination room, clinical care and longitudinal monitoring of oral health of child. Data collection was performed through a questionnaire applied to parents and oral examinations of the child, with analysis of initial injuries, by ICDAS II (International System for Detection and Evaluation of Caries). The sample counted that 634 children and the results showed that there was a predominance of black / brown race / color, male gender, low education of mother and father and low family income. Exclusive breastfeeding for up to 6 months and families receiving the "Bolsa Família" benefit have been identified as protective factors for preventing childhood caries. Age, the smallest number of rooms in the house, low number of prenatal consultations and inadequate birth weight were statistically significant as factors associated with caries. Most children had inadequate oral hygiene. Of the total children participating in the study, 352 participated in the longitudinal analysis. The child's Oral Health program was statistically effective, since the incidence of caries was lower (21%) in USF with the program than in USF without a program (42%), with 79% of children free of caries, from the intervention. In view of the results presented, it becomes pertinent to affirm that oral health programs in early childhood have the potential to expand access of this age group to dental services, sensitize and make parents and / or guardians aware of oral care, increasing their knowledge in oral health, improving eating habits and oral hygiene and improving oral health indicators in children, avoiding negative impacts on quality of life. Therefore, it is relevant to invest and prioritize public policies aimed at dental programs in early childhood, with longitudinal monitoring, oral health education and comprehensive approach to preventive, curative and oral health promotion actions, developing a caries-free generation. Further longitudinal studies with more comprehensive samples are suggested.

Keywords: Oral Health, Pediatric Dentistry, Public Health, Evaluation of Health Programs and Projects

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
Ceo-d	Índice de dentes cariados, extraídos e obturados (dentes decíduos)
CIV	Cimento de Ionômero de Vidro
CPI	Cárie Precoce na infância
CPO-d	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (dentes permanentes)
DIRE	Diretoria Regional de Saúde
DS	Distrito Sanitário
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
ECC	Early Childhood Caries
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde
FDI	World Dental Federation
IADR	International Association of Dental Research
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICDAS	Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cárie
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIA	Programa de Inversão da Atenção
PMAQ	Programa de Melhoria, Avaliação e Qualidade
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SB Brasil	Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal Brasil
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnica em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

<b>Tabela 01</b>	Lista das USF e profissionais selecionados para a coleta de dados com o quantitativo de crianças de 6 a 36 meses, no município de Salvador-BA.	41
<b>Tabela 02</b>	Características socioeconômicas, comportamentais e uso dos serviços de saúde da população inicial do estudo, no tempo inicial (T0) do estudo, em Salvador- BA, 2019 (n= 634).	47
<b>Tabela 03</b>	Análise bivariada entre ocorrência de cárie dentária (ICDAS) e variáveis associadas em crianças, no tempo inicial (T0) do estudo, em Salvador- BA, 2019 (n= 535).	49
<b>Tabela 04</b>	Modelo final da análise exploratória de regressão de Poisson das variáveis associadas a presença de cárie dentária (ICDAS) em crianças, no tempo inicial (T0) do estudo, em Salvador- BA, 2019 (n= 535).	51
<b>Tabela 05</b>	Caracterização dos cuidados de saúde oral dos participantes de 6 a 36 meses, no tempo inicial (T0) do estudo, em Salvador-BA, 2019 (n=634).	52
<b>Tabela 06</b>	Caracterização da adequação da higiene bucal dos participantes de 6 a 36 meses, no tempo inicial (T0) do estudo, em Salvador-BA, 2019 (n=634).	53
<b>Tabela 07</b>	Características socioeconômicas, comportamentais e uso dos serviços de saúde da população da análise longitudinal, nas consultas subseqüentes após no mínimo 4 meses (T1), com avaliação do programa, Salvador- BA, de 2017 a 2019 (n= 352).	53
<b>Tabela 08</b>	Frequências de associação da análise bivariada, entre crianças das USF com o programa e sem programa de saúde bucal na primeira infância, no município de Salvador-BA, de 2017 a 2019 (n=352).	56
<b>Tabela 09</b>	Análise multivariada confirmatória para a incidência de cárie e não participar do programa de atenção à saúde bucal na primeira infância, nas consultas subseqüentes após no mínimo 4 meses (T1), em Salvador-BA, de 2017 a 2019 (n=352).	58

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E GRÁFICOS

- Quadro 1** Classificação das variáveis da pesquisa, Salvador- BA, 2017 a 2019. 42
- Gráfico 01** Porcentagem de crianças da primeira infância livres de cárie associado á participação do Programa de Saúde Bucal, em Salvador-BA, no período de 2017 a 2019. 55
- Gráfico 02** Incidência de cárie em crianças da primeira infância associada á participação do Programa de Saúde Bucal, em Salvador-BA, no período de 2017 a 2019. 55

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	13
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	CÁRIE PRECOCE NA INFÂNCIA.....	19
3.2	FATORES ASSOCIADOS Á CÁRIE PRECOCE NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	22
3.3	PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA 1ª INFÂNCIA NO BRASIL	29
3.4	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO MUNDO.....	35
3.5	AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL.....	38
4	METODOLOGIA.....	42
4.1	DESENHO DO ESTUDO .....	42
4.2	LOCAL DO ESTUDO .....	42
4.3	O PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA DA USF CANABRAVA (INTERVENÇÃO).....	43
4.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	46
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	47
4.6	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	52
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	53
5	RESULTADOS.....	54
5.1	ANÁLISE DA LINHA BASE.....	54
5.2	ANÁLISE LONGITUDINAL- AVALIAÇÃO DO PROGRAMA .....	60
6	DISCUSSÃO .....	66
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
	APÊNDICE 1 .....	100
	APÊNDICE 2 .....	99
	ANEXO 1 .....	106

## 1 INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença crônica e multifatorial, com prevalência alta em todo o mundo, podendo ter como consequência grande destruição dentária, causando prejuízos estéticos, fonéticos, psicológicos, sociais e mastigatórios, sendo considerada um problema de saúde pública (ZHANG et al., 2020; ASSUNÇÃO et al., 2015; CARDOSO, PASSOS e RAIMONDI, 2017; CHATTOPADHYAY et al., 2019).

A Cárie Precoce na Infância (CPI) é definida, de acordo com a Declaração de Bangkok da IAPD, como “a presença de uma ou mais superfícies cariadas (cavidades ou não cavidades), perdidas ou restauradas (devido à cárie) na dentição decídua de crianças com menos de 6 anos” (PITTS et al., 2019; TINANOFF, et al., 2019; ANIL e AMAND, 2017; ZHU et al., 2018). Quando acomete as crianças em idade precoce (até 36 meses), pode afetar de forma importante a qualidade de vida e o bem-estar das crianças e seus familiares (CORRÊA-FARIA et al., 2020; SANTOS JÚNIOR et al., 2014; MAJORANA et al., 2014; AROKIARAI et al., 2015).

A CPI global afeta mais de 600 milhões de crianças no mundo, geralmente sem tratamento” (PITTS et al., 2019; TINANOFF, et al., 2019). A prevalência da cárie dentária para a faixa etária de 18 a 36 meses no Brasil, a partir do ceo-d, foi de quase 27% e em 2010, aos 5 anos de idade uma criança brasileira possuía, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010). Segundo o Relatório Técnico do Inquérito Epidemiológico de Saúde Bucal do município de Salvador-BA, realizado em 2015, 17,9% das crianças de 18 a 36 meses já apresentavam cárie, e na composição do ceo-d, o componente cariado foi de 93,5%, representando a falta de acesso dessa faixa etária aos serviços odontológicos do município.

Nos achados de Zhang et al. (2020), Zhou et al. (2019) e Turton et al. (2019), a prevalência de cárie na primeira infância foi considerada alta, 64,6%, 70,4% e 56,6% respectivamente, evidenciando a necessidade de programas voltados para a promoção da saúde bucal na primeira infância e na prevenção da cárie precoce, tornando-se um verdadeiro desafio urgente e significativo para a equipe de Saúde Bucal e a sociedade. A cárie dentária é uma doença completamente evitável e bem tratável e a sua alta prevalência demonstra conhecimento insuficiente e habilidades em Saúde Pública, higiene bucal e atendimento odontológico público deficiente com acesso escasso à equipe de saúde bucal (SALAH, 2018).

Trabalhos demonstraram elevada incidência de cárie em crianças pequenas, como os estudos de Wang et al. (2017), Xiau et al. (2019) e Cabral et al. (2005) com valores de 29,7%, 36% e 22,6%, respectivamente, evidenciando uma polarização da doença, ou seja, um pequeno grupo manifesta a doença de forma mais intensa e severa, apresentando maior risco de cárie.

Considerando que a cárie dentária é uma doença multifatorial, torna-se um grande desafio identificar os fatores de risco associados a doença, de forma a desenvolver ferramentas para a criar estratégias de prevenção, controle, monitoramento e resolução do problema (KIRTHIGA et al., 2020; CORRÊA-FARIA et al., 2020; SALAH, 2018; ZHOU et al., 2019). Muitos estudos evidenciaram que a CPI está fortemente associada a fatores socioeconômicos, como renda familiar, escolaridade, número de filhos e até mesmo a necessidade de tratamento odontológico da mãe (ZHANG et al., 2020; NISHIDE et al., 2018; KRALJEVIC et al., 2017; MOIMAZ et al., 2014; SANTOS JÚNIOR et al., 2014).

A doença cárie na primeira infância estão relacionadas a hábitos alimentares, principalmente pela ingestão de sacarose, o que é bastante comum em crianças em vulnerabilidade social, como também a alimentação noturna e o acúmulo de placa bacteriana visível (KIRTHIGA et al, 2020; SALAH, 2018; NUNES et al., 2014). Assim, a cárie resulta da interação de vários fatores etiológicos, incluindo elevada ingestão de açúcar, relacionados com a higiene bucal inadequada, falta de exposição ao flúor, fatores socioeconômicos e ainda fatores relacionados com microrganismos cariogênicos (WORKIE e BELAY, 2019; SANGUINO et al., 2017; ALHABDAN et al., 2018; ANIL e AMAND, 2017; ZHU et al., 2018).

Segundo o estudo de Nakayama e Mori (2015) há evidências de associação entre a amamentação noturna com a prevalência de cárie precoce. Os achados de Kato et al. (2015) também identificaram que há associação entre a duração do aleitamento materno entre seis e sete meses e o aumento do risco de cárie nos primeiros anos de vida, sugerindo um investimento maior em medidas preventivas e cuidados com a saúde bucal de crianças da primeira infância. A alimentação da criança aos 3 anos está fortemente associada á CPI (ZHANG et al., 2020).

Diante da realidade das condições de saúde bucal de crianças na primeira infância no Brasil e no mundo, torna-se relevante um maior investimento em ações de prevenção e promoção da saúde, principalmente no âmbito da Saúde Pública. A promoção da saúde e a prevenção de agravos estão inseridas no contexto da saúde brasileira através

dos princípios e diretrizes que regem o SUS, atuando no campo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011). A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF representou a possibilidade real de se instituir um novo paradigma na prática da saúde bucal (ZANETTI, 2002). A ESB tem como desafio romper com a prática odontológica tradicional, ampliando as dimensões do processo de trabalho para coletivos e comunidades (MENDES JÚNIOR e VIANA, 2004).

O SUS busca a materialização dos seus princípios através da ESF com o intuito de romper-se do modelo biomédico hegemônico, produzindo saúde bucal com foco na família, através de um cuidado integral e da promoção da saúde (CORRÊA-FARIA et al., 2020). Portanto, apresenta-se atualmente como desafio a reorganização das ações de saúde bucal sob o marco da promoção da saúde e da integralidade, com a priorização de crianças da primeira infância.

Neste contexto, é imprescindível que os profissionais das ESB promovam orientações para o estímulo ao aleitamento materno e melhores hábitos alimentares (ALVES et al., 2010). Além disso, deve seguir o consenso em relação à primeira consulta odontológica ser realizada no primeiro ano de vida, pois é o momento ideal para se iniciar o atendimento odontológico da criança (GUIMARÃES; COSTA e OLIVEIRA, 2003; VOLPATO et al., 2013).

A Odontologia para crianças da primeira infância teve suas primeiras ações no Brasil em 1985, com o primeiro programa de Odontologia para bebês no Brasil, a Bebê-clínica da Universidade Estadual de Londrina (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1997). Este programa foi expandido para o serviço público, com a implantação em outras localidades do Brasil (CÂMARA, 2009).

A infância é um período crítico e delicado para o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis ou não pela criança, adquirindo a partir do convívio e espelhando-se no comportamento familiar, portanto o núcleo familiar deve ser o objeto de cuidado para as equipes de saúde, de forma integral (OLIVEIRA, 2017). Nesse sentido, o acesso de crianças da primeira infância nos serviços de saúde ainda é escasso e muitas vezes está associado às desigualdades sociais, às falhas dos serviços de saúde ao não priorizar esta faixa etária, aos modos de consumo das famílias, às crenças profissionais e familiares e às políticas institucionais (GALEGO-GOMEZ e FRANCO-CORTÉS, 2019).

Ao longo dos tempos, muitos programas de atenção à saúde bucal na primeira infância foram desenvolvidos e atualmente tem-se na literatura diversas experiências

com resultados relevantes, como o estudo de Siqueira et al. (2010) em João Pessoa, PB, Brasil, que identificaram que o programa de saúde bucal na primeira infância foi eficaz pois atua preventivamente nos fatores de risco para a cárie dentária, como a amamentação noturna e a falta de higiene bucal. Os autores Rank et al. (2014) em estudo em Gurupi-TO realizaram um trabalho interdisciplinar e evidenciaram que o programa possui eficácia quanto à prevenção da doença cárie e periodontal, orientação educativa, atendimento odontológico e o acompanhamento longitudinal, contribuindo fortemente para redução das doenças bucais.

A participação de crianças da primeira infância em programas de atenção odontológica precoce possui benefícios para a manutenção da saúde bucal da criança, ao monitorar e inserir bons hábitos de dieta e higiene bucal em suas rotinas diárias (OLIVEIRA, 2017). Outro estudo que identificou resultados positivos nos programas de odontologia na primeira infância foi a pesquisa de Cawahisa (2010) com objetivo de avaliar o impacto de um programa de atenção à saúde bucal em crianças mostrando que houve uma melhoria nos indicadores considerando um aumento do componente restaurado e diminuição do componente cariado, no ceo-d.

Diversos estudos confirmaram que os programas de odontologia na primeira infância tem grande potencial para prevenir doenças bucais, promover a saúde bucal das crianças, estimular melhores hábitos de vida, tendo a longitudinalidade do cuidado como essencial para obtenção de impactos na saúde bucal das crianças, porém torna-se imprescindível a avaliação destas práticas de saúde de modo a identificar a sua potencialidade preventiva e ajustar suas fragilidades de acordo com a realidade local (ZUANON et al., 2004; RAMOS-GOMEZ, 2014; SOUZA, 2013; GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003; MELO; WALTER, 1997; NEVES, 2010; LEMOS et al., 2011; OLIVEIRA, BOTTA e ROSELL, 2010).

Atualmente, em 2020, 621 Milhões de crianças da primeira infância possuem a doença cárie com cavidades e não tratadas, revelando o desafio da saúde pública que ainda persistem como medidas preventivas e serviços ineficientes, ausência de priorização da primeira infância nas ações, tomadas de decisões baseadas nos fatores de risco e limites nas estratégias para redução da incidência de cárie. Portanto torna-se imprescindível uma vigilância ativa da cárie em crianças, como uma ferramenta essencial, com acompanhamento da saúde bucal das crianças, com o intuito de paralisar lesões já existentes, monitorar a progressão e evitar a doença cárie (CORRÊA-FARIA et al., 2020).

Considerando que a prevalência de cárie dentária na primeira infância ainda é alta em Salvador-BA, sendo uma doença multifatorial com fatores associados e que pode ser prevenida através da melhoria de hábitos de higiene bucal e hábitos alimentares, dentre outros fatores associados, com custos efetivamente baixos, torna-se relevante estudar estratégias para reduzir a incidência de cárie na primeira infância, qualificando a atenção em saúde bucal na atenção básica com foco na prevenção de agravos e promoção da saúde. Novas estratégias de atenção em saúde bucal na primeira infância, como o Programa de Saúde Bucal na primeira infância da Unidade de Saúde da Família (USF) Canabrava, com início no pré-natal ao acompanhamento da saúde bucal da criança pode apresentar-se como norteadora, efetiva na redução da incidência de cárie nesta faixa etária e com custos efetivamente mais baixos. Diante do exposto, torna-se pertinente avaliar o impacto de um programa de Saúde Bucal na primeira infância na redução da incidência de cárie na primeira infância, na ESF, no município de Salvador-BA.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a efetividade de um programa de Saúde Bucal na primeira infância na incidência de cárie em crianças de 6 a 36 meses, na ESF, no município de Salvador-BA, de 2017 a 2019.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar o perfil epidemiológico de saúde bucal de crianças de 6 a 36 meses no tempo inicial do estudo;
- Analisar a incidência de cárie em crianças da primeira infância;
- Identificar e analisar os fatores associados á cárie dentária precoce na primeira infância;
- Verificar a efetividade do programa de Saúde Bucal na primeira infância da USF Canabrava na incidência de cárie precoce.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CÁRIE PRECOCE NA INFÂNCIA

A American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) define “cárie precoce na infância”, como o termo usado para descrever a presença de dentes cariados, perdidos ou restaurados na dentição decídua de crianças com idade igual ou inferior a 71 meses. A cárie resulta da interação de vários fatores etiológicos, relacionados com a dieta, principalmente pela elevada ingestão de açúcar, relacionados com a higiene bucal inadequada, falta de exposição ao flúor e fatores socioeconômicos (WORKIE e BELAY, 2019; SANGUINO et al., 2017; ALHABDAN et al., 2018; ANIL e AMAND, 2017; ZHU et al., 2018).

As consequências desta doença, quando não tratada, caracterizam-se por dor, edema, perda de dentes decíduos em idade precoce, atraso no desenvolvimento físico, má oclusão, entre outras. Pode também provocar problemas na fonética, na mastigação, na estética e, conseqüentemente, impacto na saúde e no crescimento das crianças e ainda repercutir na diminuição da qualidade de vida das crianças e dos seus cuidadores (SALCI et al., 2013). A OMS reforça que as doenças bucais não tratadas afetam 3,5 bilhões de pessoas em todo o mundo e mais de 530 milhões de crianças sofrem de cárie nos dentes decíduos (WHO, 2013). Anopa et al. (2015) e Salah (2018) afirmaram que a cárie pode ser efetivamente prevenida e controlada, melhorando substancialmente a qualidade de vida da criança.

De acordo com a “FDI visão para 2020”, a cárie dentária é a 4ª doença mais onerosa de tratar, afeta a maioria dos adultos e de 60 a 90% crianças em idade escolar (GLICK et al., 2011). As metas para 2020 da OMS/FDI/IADR, sugerida através do “Global Goals for Oral Health” foi de 80% das crianças com 6 anos de idade deverão estar livres de cárie e aos 12 anos o índice CPOD deverá ser inferior a 1,5 (HODBELL et al., 2003).

A prevalência da cárie dentária para a faixa etária de 18 a 36 meses no Brasil, segundo o estudo epidemiológico SB Brasil 2003, a partir do ceo-d, foi de quase 27%. Em média, uma criança brasileira de 3 anos ou menos já apresenta, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária (ceo-d=1,1, IC 95% 1,2-1,4). Aos 5 anos esta média aumenta para quase 3 dentes atacados (ceo-d=2,8, IC 95% 2,76-2,84). Das crianças acometidas pela doença cárie, 82,9% necessitam de tratamento odontológico, este percentual, demonstra a grande demanda pela assistência em saúde bucal, nesta

faixa etária (BRASIL, 2004). No levantamento epidemiológico mais recente, em 2010, a faixa etária 18 a 36 meses não foi avaliada, então uma criança brasileira aos 5 anos de idade possui, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado, que é responsável por mais de 80% do índice (BRASIL, 2011).

Já no levantamento epidemiológico, realizado pela Prefeitura Municipal de Salvador, em 2010, observaram ceo-d=1,7 para a faixa etária de 18 a 36 meses e em 2015, ceo-d=2,1 e prevalência de cárie de 17,9%, sendo que na composição do ceo-d, o componente cariado foi de 93,5%, representando a falta de acesso dessa faixa etária aos serviços odontológicos do município. (BRASIL, 2010).

Há diversos estudos de prevalência da cárie dentária em crianças na primeira infância com grandes divergências entre os seus resultados e demonstrando que a doença se comporta de acordo com a realidade socioeconômica e cultural do local, como o estudo de Nakayama e Mori (2015) que encontraram uma prevalência de cárie baixa de 3,3% em crianças de 18 a 23 meses, Stephen et al. (2015) identificaram cárie em 16% das crianças de 18 a 72 meses e Baggio et al. (2015), 24,8% em crianças de 36 a 71 meses. Fan et al. (2016) em estudo com crianças de 3 a 4 anos encontrou 49% de prevalência de cárie e Houng et al. (2017) encontrou 91,9%, em crianças de 4 anos. Isso é, existe uma realidade epidemiológica em cada população dos estudos realizados no Brasil e no mundo, cada uma com sua singularidade, de acordo com suas especificidades e fatores associados á cárie na primeira infância (HOOMEISTER et al., 2016; AROKIARAI et al., 2015; NUNES et al., 2014; PEEDIKAYIL et al., 2013).

O indicador epidemiológico mais comumente utilizadas para avaliação de cárie, nesta faixa etária é o ceo-d, proposto pela OMS que analisa dentes cariados com cavitações, de acordo com WHO (2013). O ICDAS II (Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cárie) que realiza a detecção e diagnóstico de cárie a partir da cárie incipiente, observando as alterações iniciais como a mancha branca. O primeiro é um método mais simples e com custos baixos e o último, o ICDAS II, um método mais caro e com maior sensibilidade, pois avalia o risco de cavitação da cárie identificando os primeiros sinais da cárie a partir de quaisquer opacidades, descoloração e microcavidades (ISMAIL et al., 2007).

Arangannal et al. (2016) apontaram a importância das pesquisas epidemiológicas para monitorar as tendências de cárie e avaliar as necessidades odontológicas evidenciando que as lesões não cavitadas também devem ser analisadas para melhorar a

sensibilidade da epidemiologia, defendendo o ICDAS que avaliar mancha branca, ou seja, as lesões iniciais.

A maior parte dos estudos epidemiológicos utilizam o ceo-d, como os achados de Houg et al. (2017), que obteve uma prevalência de cárie em crianças considerada alta semelhante aos estudos de Amorim (2018), que demonstrou prevalência de cárie de 41% e de Queiroz et al. (2018), que identificaram ceo-d=3,11. Silva (2018) em estudo de prevalência da cárie em crianças de 3 a 5 anos, encontrou 29,3% crianças com ceo-d até 5 e 11,5% crianças com ceo-d maior ou igual a 6, semelhante aos estudos de Santos et al. (2011) e Pomini et al. (2018), com prevalência de cárie em crianças de 2 a 5 anos de 30,29% e em crianças de 6 a 30 meses de 25,6%, respectivamente. Em muitos estudos, o percentual de dentes cariados foi maior que dentes restaurados, percebendo a necessidade de aumentar o acesso ao tratamento odontológico clínico e programas voltados para a promoção da saúde bucal e prevenção de agravos na primeira infância (SILVA, 2018; VASCONCELLOS, 2018; SANTOS et al., 2011; CAMPOS-NETO et al., 2018).

No estudo de Cabral et al. (2005) com 640 crianças de até 36 meses, evidenciaram uma elevada incidência de cárie (22,6%), porém foi observada uma polarização da doença, tendo os piores índices de cárie em um grupo com poucas crianças. Em contrapartida, Barroso et al. (2019) a partir de programa de saúde bucal na primeira infância encontrou prevalência de cárie baixa, ceo-d=0,7, demonstrando a potencialidade dos programas educativos como fator protetor para cárie.

Nos estudos que utilizaram o ICDAS, a prevalência de cárie, considerando lesões incipientes, foi de 61,1% cárie cavitada, 28,03% cárie de mancha branca e apenas 10,87% das crianças estavam livres de cárie (TOUTOUNI et al., 2015). Arangannal et al., (2016) identificaram também alta prevalência considerando as lesões de mancha branca, 68,8%. No estudo de Ramos-Gomez et al. (2017), foi encontrado 22% com lesão inicial e 10% com cárie cavitada, demonstrando uma variação das condições de saúde bucal de crianças. Já no estudo de Ramirez-Puerta et al. (2016) também encontrou resultados altos para cárie na primeira infância em crianças e até 5 anos, encontrando 38,2% com cárie severa e 88,4% com cárie inicial ou moderada, a partir do ICDAS.

Os resultados destes estudos demonstram precárias condições de saúde bucal das crianças da primeira infância e podem ser ferramentas norteadoras para o planejamento e vigilância em saúde bucal, de modo que sejam traçadas estratégias para a prevenção, o

controle, a paralização, o monitoramento da progressão da doença e promoção da saúde bucal e prevenção de agravos das crianças (CORRÊA-FARIA et al., 2020).

### **3.2 FATORES ASSOCIADOS À CÁRIE PRECOCE NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

É quase unânime entre os estudos que a idade está associada com o aumento da prevalência de cárie (ZHANG et al., 2020; ZHOU et al., 2019; SILVA et al., 2017; ALJARALLAH et al., (2018); CAMPOS-NETO et al., 2018). Hoffmeister et al. (2016) afirmaram em seu estudo que a prevalência de cárie aumenta com o aumento da idade, encontrando 20,3% de prevalência de cárie em crianças de 2 anos e aos 4 anos, 52,7%. A prevalência de cárie aumenta com a idade considerando o aumento do desafio cariogênico, pois na medida que as crianças crescem, aumenta a exposição aos diferentes fatores de risco, pois a medida que as crianças crescem, podem ocorrer mudanças nos hábitos e nas práticas de higiene bucal, além da própria natureza cumulativa da cárie (STEPHEN et al., 2015, KURIAKOSE et al., 2015).

De acordo com o Quadro 2 (APÊNDICE 2), de revisão de literatura sobre os fatores associados à cárie dentária na primeira infância, a maioria dos estudos aponta que as condições socioeconômicas das famílias de crianças da primeira infância possuem forte associação com a cárie (HOFFMEISTER et al., 2016; ALJARALLAH et al., 2018; CHEN et al., 2019, e STEPHEN et al., 2016). Entretanto, o estudo de Lee et al., (2015) não encontrou associação dos fatores socioeconômicos com a cárie dentária na primeira infância. Os autores Alkhtib et al. (2016) afirmaram que o baixo nível socioeconômico produz não só a falta de acesso, apoio do Estado e vulnerabilidade, mas também a ausência ou impossibilidade das famílias com relação a prevenção e tratamento de doenças bucais na primeira infância, apontando uma possível omissão generalizada e negligência. Assim, a CPI é um marcador de desigualdades sociais (POMINI et al., 2018; BAGGIO et al., 2015).

O contexto familiar influencia fortemente a condição de saúde bucal das crianças, já que o ambiente familiar exerce um papel fundamental no cuidado das pessoas e na adoção de hábitos e comportamentos (ALMEIDA e VIANNA, 2013). A infância é um período delicado em que os comportamentos familiares são incorporados nos hábitos de vida da criança, que podem influenciar positivamente ou negativamente, dependendo de como estão estabelecidos pelos demais componentes da família. Portanto é necessário

ênfatizar a prevenção e promoção da saúde no ambiente familiar, nos primeiros dias de vida da crianç a (COMASSETTO et al. 2019; OLIVEIRA, 2017).

A renda familiar também exerce um papel importante no desenvolvimento da cárie dentária na primeira infância. O estudo de Vasconcellos (2018) demonstra que a renda familiar menor que 2,5 salários mínimos e famílias que possuem mais de um filho estão associadas significativamente com o aumento da cárie em crianç as. A Associação entre renda familiar baixa, estrutura familiar com comportamentos não saudáveis e baixo nível de escolaridade dos pais também podem agravar a situação de cárie da crianç a (LOPES et al., 2015).

Outros achados relevantes relacionando fatores socioeconômicos com a cárie foram identificados no estudo de Moimaz et al. (2014) como o alto número de pessoas no domicílio, o número de irmãos ou crianç as na família estão associados ao aumento do risco de cárie e a saúde bucal da mãe. Finlayson et al. (2019) encontraram que crianç as que residiam com 5 ou mais pessoas e mães que possuíam mais de um filho, mostraram associação com cárie, confirmando os achados de Vasconcellos (2018), que afirma que a prevalência de cárie em crianç as está associada ao número de irmãos.

O baixo nível de escolaridade dos pais também influencia a saúde bucal das crianç as, pois vai refletir no baixo conhecimento sobre a higiene bucal, nos hábitos alimentares inadequados, na idade tardia de início da higiene bucal e no acesso ao dentista (KIRTHIGA et al.,2020; SALAH, 2018; SILVA et al., 2017). Queiroz et al. (2018) e Tsang et al. (2019) identificaram que houve associação estatisticamente significativa com cárie e percepções dos pais sobre a transmissibilidade da cárie.

Lopes et al. (2015) identificaram que ainda há falta de conhecimento dos responsáveis quanto aos fatores de risco e há necessidade dos profissionais intensificarem a es de educação em saúde com os pais. Vasconcellos (2018) confirma a associação identificando que pais e mães com escolaridades acima de 8 anos obteve prevalência livres de cárie de 82% e 80%, respectivamente, demonstrando que mais anos de estudos dos pais são potenciais na prevenção da cárie em crianç as. Martins et al. (2019) encontraram que o baixo alfabetismo dos pais em saúde bucal aumenta as chances da crianç a ter cárie e consequências pulpares, evidenciando a necessidade de mais a es de educação em saúde bucal. Entretanto, o estudo de Fan et al. (2016) não identificaram associação entre nível educacional dos pais com aumento da cárie em crianç as da primeira infância.

Vozza et al. (2017) identificaram que metade dos pais consideraram a cárie uma doença infecciosa e mais da metade desconheciam as ações de educação em saúde bucal para prevenir a cárie na primeira infância. Tsang et al. (2019) apresentaram que mães com apenas 5 anos de escolaridade possuem maior chance de ter filhos com cárie pois mesmo tendo conhecimento de que o alto consumo de doces causam cárie, seus filhos continuavam com tal hábito. Alguns estudos mostraram que os pais e/ou responsáveis sempre vão influenciar as crianças e a falta de conhecimento sobre os cuidados com a saúde bucal ainda é presente, como o estudo de Streb et al. (2019) em que os pais não demonstraram conhecimento sobre a presença do flúor na água e no creme dental, mostrando a falta de conhecimento também quanto às medidas de prevenção de doenças bucais.

A falta de acesso à informação pelas mães é o reflexo das precárias condições socioeconômicas. Quanto menor a escolaridade das mães, maiores são as chances de cárie das crianças, pois estas podem não receber orientações suficientes de higiene bucal e alimentação para os cuidados com a saúde bucal da criança (ALVES et al., 2020; CHAFFEE et al., 2014; FERREIRA e SIQUEIRA, 2018 e VASCONCELLOS, 2018). Martins et al. (2018) identificaram que a escolaridade da mãe e sua ocupação apresentaram associação com cárie, as variáveis socioeconômicas mostraram associação com comportamento de risco para cárie e incidência. Stephen et al. (2015) também demonstraram que pais analfabetos possuem crianças com maior predisposição à cárie precoce.

Os hábitos de vida saudáveis são adquiridos ainda na primeira infância, geralmente são transmitidos através dos familiares, principalmente as mães. As práticas de higiene bucal são consideradas essenciais para a manutenção da saúde oral e, quanto mais precoce essa criança adquirir estes hábitos saudáveis, maior possibilidade de crescimento saudável (SOUZA et al., 2017; SHAGHAGHIAN e ZERAATKAR, 2017; SUN, ZHANG e ZHOU, 2017). É importante incluir nas ações educativas de promoção da saúde e prevenção de agravos, temas relacionados com a higiene bucal, os programas educativos e preventivos são imprescindíveis para a inclusão desses hábitos na primeira infância (KURIAKOSE et al., 2015).

Nunes et al. (2014) identificaram a escovação dentária como fator protetor num grupo de baixo risco de cárie. Kuriakose et al. (2015) evidenciaram que crianças com hábitos de escovação duas vezes ao dia, estavam livres de cárie e que estes hábitos de escovação são modelados no âmbito familiar. Aljarallah et al. (2018) e Gopal et al.

(2016) acrescentam sobre a importância do uso do flúor nos dentífricos como fator protetor.

Pomini et al. (2018) verificaram que não houve associação estatisticamente significativa entre higiene bucal e prevalência de cárie, tipo e quantidade de dentífrico e idade que iniciou a escovação. Queiroz et al. (2018) mostraram que houve associação estatisticamente significativa com cárie o índice de higiene bucal, porém a frequência de escovação não foi estatisticamente significativa. Entretanto, Hamana (2019) e Salah (2018) afirmaram que quanto maior a frequência de escovações, melhor a higiene bucal, menor prevalência de cárie.

Muitos estudos afirmam que a prevenção inclui medidas individuais, tais como higiene bucal minuciosa, sugerindo que os pais escovem os dentes dos seus filhos, pelo menos, duas vezes por dia, com uma escova macia de tamanho apropriado para a idade e com pasta fluoretada, a partir do momento que o primeiro dente erupcione. Em relação a crianças edêntulas, embora exista controvérsia, recomenda-se que os pais ou cuidadores limpem a cavidade oral após a amamentação, com uma dedeira de borracha ou com uma gaze embebida em água (SHAGHAGHIAN e ZERAATKAR, 2017; WATANABE et al., 2014).

Também a fluoretação das águas de abastecimento é a forma de prevenção coletiva mais eficaz e eficiente frente à cárie dentária, na medida em que o flúor é fornecido em doses reduzidas de modo contínuo, ao biofilme e às lesões incipientes de cárie (CAREY, 2014; CRUZ e NARVAI, 2018).

Finlayson et al. (2019) exploraram vários níveis de influências nos comportamentos de higiene bucal de crianças. As mães relataram que há uma dificuldade na escovação com a frequência de duas vezes ao dia e que a cooperação, relacionada à criança, e o modelo e estímulo, relacionada à família e comunidade influenciam na incorporação dos hábitos de higiene bucal. Além disso, demonstraram a importância da equipe de saúde bucal com análise das dificuldades e fornecer apoio, educação e recursos para melhorar as técnicas de escovação dos pais e para superarem os desafios e promover a saúde bucal na infância. Nishide et al. (2018) e Kirthiga et al. (2020) confirmaram que a escovação inadequada é fator preditor para cárie em crianças e Kraljevic et al. (2017) acrescenta que crianças que fazem a escovação sozinhas tem maior possibilidade de ter mais lesões cariosas e mais avançadas.

As condições de saúde bucal de crianças na primeira infância também estão relacionadas aos hábitos alimentares, principalmente pela ingestão de sacarose, que

aumenta esta probabilidade em crianças em situação de vulnerabilidade social (NUNES et al., 2014). A dieta apresenta-se como fator determinante para a cárie, considerando que as preferências alimentares se iniciam na infância e são construídas por fatores intrínsecos e extrínsecos (SANTOS, CODATO e CALDARELLI, 2019).

Uma boa alimentação praticada no primeiro ano de vida ajuda não só na qualidade de vida naquela idade, principalmente na saúde oral, como também estimula padrões alimentares saudáveis para idades mais avançadas, uma vez que os hábitos adquiridos naquela fase são mais resistentes a mudanças (TURSKA-SZYBKA, GOZDOWSKI E OLCZAK-KOWALCZYK, 2014).

Hu et al. (2018) em estudo sobre os padrões alimentares de crianças de 6 meses a 3 anos demonstraram que a alimentação saudável possui um efeito protetor para cárie. Existe associação estatisticamente significativa entre padrões alimentares inadequados e a progressão da cárie, pois a nutrição e a dieta interferem na progressão da cárie, a desnutrição aumenta a susceptibilidade à cárie, defeitos de formação dentária, retardo na erupção dos dentes e alterações das glândulas salivares. Além disso, o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado pode interferir no aumento da prevalência de cárie (SANTOS, CODATO e CALDARELLI, 2019; ZHOU et al., 2019).

Muitos estudos afirmam que a cárie está fortemente associada aos hábitos alimentares na primeira infância, principalmente em relação ao consumo de açúcar, conforme Turton et al. (2019) e Amorim (2018). O início da introdução do açúcar precoce favorece o aparecimento da cárie, o tipo e a forma de ingestão dos alimentos devem ser considerados para determinar o potencial cariogênico. O consumo de alimentos açucarados mais de uma vez ao dia, aumenta em 9,2% a chance da criança ter cárie (KIRTHIGA et al., 2020; SANTOS, CODATO e CALDARELLI, 2019; GHAZAL et al., 2015; CHAFFEE et al., 2014; DILL, 2018).

Dias et al. (2019) e Salah (2018) afirmaram que quanto maior o acesso ao açúcar de forma precoce, maior a prevalência de cárie e Turton et al. (2019) relataram que o alto consumo de alimentos não nutritivos, ricos em açúcar reflete efeitos negativos para a saúde, incluindo a saúde bucal, sendo um desafio para o sistema de saúde. Entretanto, Zhou et al. (2019) não identificaram associação significativa entre cárie e ingestão de açúcar, leite e iogurte, como também no estudo de Hu et al. (2018), em que não foram encontradas evidências em relação ao consumo de alimentos doces e cárie.

Paula et al. (2019) em investigação sobre a introdução da sacarose em crianças, evidenciou que 98% delas consumiram sacarose antes dos 2 anos, 88% antes de 1 ano e

34% antes dos 6 meses, sendo este último com associação estatisticamente significativa com a prevalência de cárie. Portanto, é necessário fornecer aos pais, uma atenção individualizada com informações sobre a influência dos hábitos alimentares na saúde bucal da criança.

Em relação ao aleitamento materno, ainda não há consenso sobre a influência negativa ou positiva com a prevalência de cárie, embora seja inegável a sua importância no crescimento e desenvolvimento infantil. Os achados de Majorana et al. (2014) e Cidro et al. (2015) identificaram associação do aleitamento materno com a diminuição da cárie precoce nesta faixa etária e sugerem que as gestantes e mães precisam ser orientadas para manter o aleitamento materno e promover a saúde da criança. Entretanto, alguns estudos identificaram o contrário, aleitamento materno associado ao aumento da cárie.

Kato et al. (2015) em um estudo de base populacional com mais de 43 mil crianças de 6 meses, observaram que o aleitamento exclusivo e o misto por mais de 6 meses contribuem para o aumento da prevalência de cárie. Nakayama e Mori (2015) mostraram que há evidências de associação entre a amamentação noturna com a prevalência de cárie precoce.

Em revisão de literatura sobre a cariogenicidade do leite materno em crianças de até 3 anos, Dill (2018) demonstrou que o leite materno sozinho não é cariogênico mas se a criança ingerir outros alimentos ricos em açúcar associados ao leite materno, aí torna-se altamente cariogênico, mas ainda não há evidência científica forte que o leite materno está associado com cárie, dada à complexidade das variáveis da cárie.

Como principais fatores etiológicos da cárie precoce são citados a mamadeira açucarada, amamentação noturna em livre demanda associada a higiene bucal precária (IENNE e ALMEIDA, 2018). Queiroz et al. (2018) afirmaram que o uso de mamadeira teve associação estatisticamente significativa com cárie, mas a duração do uso de mamadeira, do aleitamento materno e o início do consumo do açúcar não apresentaram associação com cárie.

Peres et al. (2017) investigaram se a influência da duração da amamentação como fator de risco para a cárie, independente do consumo de açúcar e identificaram que crianças amamentadas até 24 meses, possuem maiores chances de ter cárie, aumentando o risco em 2,4 vezes em relação as crianças que foram amamentadas até 12 meses. A amamentação entre 13 e 23 meses não teve efeito para cárie, portanto o estudo mostrou que a amamentação prolongada aumenta o risco de cárie. O aleitamento materno

noturno duas vezes á noite com duração maior que 15 minutos, aumenta o risco de cárie, demonstrando que a duração e frequencia do aleitamento materno pode aumentar a prevalência de cárie (ZHANG et al., 2020).

A associação da alimentação noturna com a ausência de higiene bucal aumenta em 14 vezes o risco de cárie em crianças com 2 anos (NISHIDE et al., 2018). Por outro lado, Kraljevic et al. (2017) afirmaram que mesmo com aleitamento materno noturno associado a uma boa higiene bucal, não vai produzir cárie, dada a característica multifatorial da doença.

Santos et al. (2011) reforçaram que os fatores associados á cárie servem como base para orientar as ações e serviços odontológicos, buscando colaborar para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado para além da visão biologicista. Na revisão de literatura elaborada por Silva et al. (2017), evidenciaram a importância da identificação dos fatores de risco associados à cárie para observar as alterações bucais precocemente e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde bucal na primeira infância. As ações preventivas devem ser desenvolvidas e intervenções para cárie devem ser realizadas o mais cedo possível (PERES et al., 2017).

Oliveira (2017) reforça que a prevenção e o diagnóstico á exposição precoce aos fatores de risco é de grande importância, de forma a minimizar o impacto negativo dos efeitos da CPI e melhorar a qualidade de vida das crianças. Pereira (2014) identificou que os pais foram mais receptivos ao tratamento curativo, após as visitas de educação em saúde, ficaram mais capacitados e aumentou o vínculo entre pais e equipe, demonstrando a potencialidade das ações educativas, com foco na promoção da saúde e prevenção da cárie.

Orientações sobre os hábitos de higiene bucal e alimentares são imprescindíveis pois uma vez que a doença já esteja instalada, o tratamento vai variar de acordo com o estágio, com abordagens preventivas, interceptativas e reabilitadoras. A cárie é uma doença possível de ser prevenida e controlada, portanto é de grande importância o papel dos pais e dentista na conscientização sobre as medidas preventivas (CORRÊA-FARIA et al., 2020; ARAÚJO et al., 2018).

O acesso regular aos cuidados de saúde bucal na infância está associado ás crenças familiares e profissionais, aos modos de consumo das famílias e ás desigualdades sociais, mas é também muito importante pois permite efetuar um diagnóstico precoce das doenças orais, motivar e educar os cuidadores, conscientizando-

os para a importância da adequada higiene bucal dos seus filhos (GALEGO-GOMEZ e FRANCO-CORTÉS, 2019; DALY et al., 2018).

O acesso ao dentista tem associação com a cárie e muitos estudos afirmam que a melhoria dos hábitos de higiene bucal bem como a diminuição da prevalência de cárie nesta faixa etária é potencializada através do acesso ao dentista, quanto maior o acompanhamento da saúde bucal da criança com o dentista, menor a possibilidade de experiência de cárie (GOPAL et al., 2016; KURIAKOSE et al., 2015; ALKHILIB et al., 2016; FAN et al., 2016; NUNES et al., 2014).

### **3.3 PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA 1ª INFÂNCIA NO BRASIL**

O processo histórico da construção das práticas de saúde bucal no Brasil foi iniciado na década de 50, através do Sistema Incremental, com a priorização dos escolares, logo após surgiu o “Programa de Inversão da Atenção (PIA)”, identificando a cárie dentária como doença infectocontagiosa, intensificando ações preventivas e descentralizando a odontologia curativa. Em 1985, foi desenvolvida a “Atenção Precoce”, com a priorização da primeira infância e em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de forma mais integral, desde à prevenção até a reabilitação. Alguns anos depois, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) que mais tarde, se tornou Estratégia de Saúde da Família (ESF), que permanece até o momento (NICKEL et al., 2008; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Atenção em Saúde Bucal na primeira infância no Brasil, iniciou-se na década de 80, com a criação da “Bebê-clínica”, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), operacionalizando as ações educativo-preventivas aliados a medidas de controle da cárie e tratamento curativos, se necessário, acompanhando o crescimento e desenvolvimento bucal da criança na primeira infância (WALTER et al., 1997). O programa “Bebê-clínica” disparou a sua expansão para o serviço público, com a implantação deste programa para outras localidades do Brasil, como os municípios de Cambé-PR e Volta Redonda-RJ (CÂMARA, 2009).

Alves et al. (2020) afirmam que ações educativas em saúde bucal com foco preventivo com os pais, professores e profissionais de saúde tem grande potencial de prevenção precoce para evitar as perdas dentárias. É imprescindível a inserção de crianças da primeira infância em ações ou programas de saúde bucal com avaliação do

risco e atividade da cárie, de modo que seja efetivamente possível prevenir a cárie a partir dos fatores de risco (KRUGER, 2017).

Na atualidade, as práticas de saúde bucal na primeira infância vêm buscando a conscientização das equipes de Saúde Bucal, para priorizar esta faixa etária com ações voltadas às famílias, dada a potencialidade das ações de prevenção e promoção da saúde bucal, muitos estudos afirmam a importância dessas ações, principalmente quando o seu início acontece no período gestacional (ALVES, et al., 2018; LARANJO et al., 2017; ASSUNÇÃO et al., 2015; ABANTO, et al., 2018). Acredita-se que quanto mais cedo orientar os pais quanto aos cuidados com a saúde bucal da criança, menos problemas bucais ela terá, e o período gestacional é estratégico, pois a gestante está mais sensível e aberta para receber orientações e ressignificar seus hábitos alimentares e de higiene bucal (MOIMAZ et al., 2011; ARAÚJO et al., 2018).

Diversos estudos descritos na literatura, demonstraram experiências de ações de saúde bucal voltadas para a primeira infância durante a gestação, através do pré-natal odontológico até ações puerperais e de acompanhamento da criança até os 5 anos (SOARES et al., 2009; MOIMAZ et al., 2011; SOUZA, 2013; POMINI et al., 2017). Xiau et al. (2019) em revisão de literatura com metanálise, evidenciaram o efeito protetor do pré-natal odontológico contra o início da cárie antes dos 4 anos de idade da criança, afirmando que quando a gestante participa do pré-natal odontológico pode minimizar a incidência de cárie, porém o controle da cárie em crianças, ainda é desafiador.

Soares et al. (2009) defenderam o pré-natal odontológico, no estudo de revisão de literatura sobre a inclusão do cirurgião-dentista nas equipes de pré-natal, como uma forma de evitar complicações odontológicas durante a gestação e no parto e para iniciar as orientações quanto aos cuidados bucais do recém-nascido. No Brasil, A “Rede Cegonha”, rede de cuidados que assegura a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e a “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”, incentivo a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças, são políticas públicas importantes e grandes aliadas à prevenção da cárie dentária (MOIMAZ et al., 2018).

O relato de 15 anos de experiência do Programa “Viver sem cárie”, realizado em Londrina mostrou que o início das ações voltadas para a primeira infância deve ser com o pré-natal odontológico, primeira consulta da criança e acompanhamento de 4 em 4 meses até 2 anos para obter melhores condições de saúde bucal para as crianças que participaram do programa (PINTO et al., 2015).

Mesmo diante da importância do pré-natal odontológico, ainda é baixa a adesão das gestantes, seja pela insegurança ou desconhecimentos dos cirurgiões-dentistas seja por fatores sócioeconômicos, culturais ou educacionais das gestantes, como também da atuação ainda incipiente da equipe de saúde e gestores com a sensibilização para o pré-natal odontológico, considerando que, muitas delas possuem pouco conhecimento sobre as medidas preventivas e cuidados com a saúde bucal da criança (SILVA et al., 2020; XIAU et al., 2019; SANTOS e MARCONDES, 2019).

Silva et al. (2020) afirmaram que há poucos estudos relacionados ao acesso e a utilização dos serviços odontológicos pelas gestantes, mesmo com o avanço científico e evidências dos benefícios do cuidado da saúde bucal para mãe e criança, salientaram que as equipes de saúde bucal devem estimular e sensibilizar as gestantes a buscarem os serviços odontológicos.

Na revisão de literatura de Prestes et al. (2013), encontraram resultados que reforçam que a promoção de saúde bucal é parte da saúde integral da gestante e da criança. A qualificação da ESF para atuar de forma integral é ainda um desafio para o fortalecimento da Atenção Básica e que a equipe precisa superar para obter uma transformação efetiva da gestante em agente educador à saúde das futuras gerações. Ressalta-se que mesmo com as alterações fisiológicas da gestante, é possível realizar o tratamento odontológico com segurança e o profissional precisa participar do pré-natal juntamente com o médico e o enfermeiro para esclarecer os mitos e reforçar as orientações relevantes, como a higiene bucal da criança, aleitamento materno, dieta alimentar, entre outros.

Na experiência de 10 anos do Programa de Atendimento odontológico à gestante, em Araçatuba-SP, foi criado um fluxograma de atendimento em que a gestante das UBS eram encaminhadas pelo médico e seguiam o protocolo do programa, com 5 consultas, incluindo ações de promoção da saúde bucal e prevenção de agravos com atividades educativas e preventivas, como reuniões didático-pedagógicas e educação em saúde bucal, e também atividades preventivo-curativas, por meio do atendimento na clínica da gestante (MOIMAZ et al., 2011). Pomini et al. (2017) realizaram um projeto de extensão semelhante e mostraram que ações educativas durante a gestação até o primeiro ano de vida aumenta o vínculo, melhora a aquisição de hábitos saudáveis tanto para a mãe quanto para a criança, demonstrando a importância do pré-natal odontológico para a saúde do binômio.

O estudo de Câmara (2009) apontou que o atendimento odontológico às gestantes ainda não possui uma padronização com relação ao atendimento, acompanhamento ou avaliação, ficando a cargo do profissional definir a periodicidade e a conduta clínica, tornando relevante esta padronização com bases científicas.

Além do pré-natal odontológico, outras ações foram encontradas da literatura como a visita puerperal e a puericultura odontológica, conforme o estudo de Gava (2011), que apresentou uma abordagem da ESB na família do recém-nascido, demonstrando que a visita puerperal é um momento bem oportuno da atenção em saúde bucal, já que a mesma é preconizada pelo enfermeiro, até 15 dias do nascimento da criança. Portanto, é imprescindível que o cirurgião-dentista esteja presente nas visitas puerperais para promover orientações de estímulo ao aleitamento materno, melhores hábitos alimentares, contribuindo para a promoção da saúde bucal e prevenção de doenças (ALVES et al., 2010).

Souza (2013) evidenciou a importância da puericultura odontológica, sugerindo uma intervenção com grupo de gestantes mensalmente, oficina odontológica na puericultura semestral e primeira consulta da criança, despertando a cultura da presença do cirurgião-dentista na puericultura, considerando as falhas na formação dos profissionais de saúde quanto à importância de pequenas e simples ações educativas que podem promover um grande impacto na qualidade de vida da criança.

A primeira consulta odontológica da criança deve ser realizada o mais cedo possível, preferencialmente no primeiro ano de vida, para que sejam oferecidas as orientações dos hábitos de higiene bucal e hábitos alimentares saudáveis de forma preventiva (GUIMARÃES et al., 2003).

O estudo de Fernandes et al. (2010) com menores de 3 anos, identificou que o motivo das consultas odontológica mais frequente foi a prevenção, seguido pela cárie, trauma e afecções odontológicas, evidenciando que já há uma mudança na conscientização dos pais quanto à prevenção de doenças bucais. Volpato et al. (2013) também demonstraram que o motivo mais frequente de crianças até 30 meses foi a prevenção, porém considerando crianças de 30 a 36 meses, o motivo mais frequente foi a cárie. Este estudo identificou um perfil preferencialmente preventivo/educativo para os pais das crianças. No entanto, o estudo faz uma análise crítica afirmando que muitos pais ainda levam as crianças ao dentista preferencialmente para o cuidado curativo em vez de preventivo.

A utilização de serviços odontológicos por crianças de até 5 anos foi apresentada no estudo de Kramer et al. (2008), com 1092 crianças, mostrando que é baixo o acesso dessas crianças à Atenção em Saúde Bucal e que é necessário criar políticas públicas que estimulem a população a realizarem a primeira consulta odontológica o mais cedo possível e reorientem os serviços e os profissionais para possibilitar esta inclusão.

Pias (2019) observou que o acesso e a longitudinalidade estão diretamente associados na efetividade e resolutividade do serviço. Assim, é importante avaliar os problemas de saúde bucal da comunidade para construir um serviço de saúde que priorize as necessidades da população. A longitudinalidade foi considerada satisfatória para tratamento e não para prevenção, a ida às consultas odontológicas está associada ao aumento da idade e aumento da cárie, e o acesso à saúde bucal na primeira infância foi considerado baixo.

A promoção da saúde bucal deve ser iniciada na primeira infância para que a criança incorpore os hábitos de higiene bucal no seu cotidiano, porém é necessário ainda melhorar o acesso de prestação de cuidados preventivos sobre os curativos (ESSVEIN et al., 2019). A importância do atendimento odontológico na primeira infância é definitiva para uma efetiva promoção da saúde e a longitudinalidade do cuidado é essencial para obtenção de impactos na saúde bucal das crianças, conforme encontrado no estudo longitudinal de Zuanon et al. (2004).

O autor Fraiz (2010) apresentou uma nova ferramenta para a odontologia na primeira infância, através de um ensaio clínico, criando a supervisão da saúde bucal, através da abordagem integral na família, com acompanhamento longitudinal da saúde bucal da criança, considerando o crescimento e desenvolvimento, evidenciando a potencialidade da integralidade da atenção. A abordagem integral é uma ferramenta potencial de prevenção, mostrando que “o trabalho em equipe na ESF possibilita o trabalho com foco nos fatores de risco comuns e que esta prática tem grandes possibilidades de reduzir a prevalência de cárie na infância” (SOUZA, 2011).

Os autores Stocco e Baldani (2011) desenvolveram um estudo a respeito da atenção em saúde bucal para crianças na primeira infância na ESF, fazendo o acompanhamento da saúde bucal de crianças de 12 a 36 meses nas campanhas de vacina de uma USF em Ponta Grossa, no Paraná. O estudo contou com os registros das carteiras de vacina e dos prontuários, além de exames clínicos. Os achados desta pesquisa evidenciaram a importância do acompanhamento odontológico para crianças

na redução da prevalência de cárie, sendo que este acompanhamento, via carteira de vacina é de baixo custo e tem grande poder resolutivo.

Hugo (2009) em pesquisa cujo objetivo era desenvolver uma proposta de intervenção para o acompanhamento das crianças menores de seis meses pertencentes à ESF, de Turmalina-MG, encontrou resultados relevantes com a construção de um cartão de saúde bucal da criança contendo informações como erupções dentária, hábitos de higiene bucal, aleitamento materno, dentre outras informações. Considerando que é um desafio manter a assiduidade das crianças às consultas odontológicas, sugere que o cartão de vacinação seja utilizado para este cuidado, pois é um instrumento potencial para o acompanhamento odontológico, pois já é utilizado e possui boa aceitação da família. Silveira (2011) também propõe uma caderneta de saúde bucal como instrumento facilitador do acompanhamento odontológico de crianças e os resultados apontaram a importância desse instrumento para fortalecer a prática cotidiana do processo de trabalho da equipe, principalmente na construção de rotinas, além de efetivar a corresponsabilidade dos pais no cuidado em saúde bucal dos seus filhos.

Mendes, Moura e Tarja (2019) desenvolveram uma “Oficina da criança”, a partir de um diagnóstico situacional de saúde, para elaboração de um plano de ação, monitoramento e avaliação. A intervenção contou com a divulgação na comunidade, rodas de conversas com as mães, oficinas multiprofissionais com a participação de crianças e mães, abordando o autocuidado com a saúde bucal, exames bucais, intervenções curativas e preventivas. As mães apontaram a potencialidade da ação e a necessidade de continuidade do cuidado e ampliação das ações de promoção da saúde bucal e prevenção.

No relato de experiência realizado por Assis (2011), foi descrita a experiência de um programa de atendimento odontológico vivenciado na ESF no município de Campo Grande-MS, com o acompanhamento de crianças de até três anos. Os resultados mostraram-se relevantes, pois as crianças atendidas não apresentaram resistência ao atendimento e os índices de atividade cariogênica permaneceram baixos. Pinheiro, Moura e Tajra (2019) em um relato de experiência do projeto “Vale Sorriso” realizado em USF com crianças de até 36 meses mostrou a importância das ações educativas com os pais e/ou responsáveis para aumentar a co-responsabilidade, a autonomia e o vínculo dos pais de modo a contribuir para a melhoria da saúde bucal das crianças. A ação foi realizada integrando ações preventivas na sala de espera e ações curativas com a realização da primeira consulta e atendimento clínico, se necessário.

Os autores Vaz et al. (2009) realizaram um programa de odontologia social “Sorria Bairro-escola”, no município de Nova Iguaçu-RJ. Os resultados foram  $d=1,5$  e 62,6% estavam livres de cárie, refoçando a potencialidade da atenção odontológica na primeira infância com foco preventivo, como uma forma de evitar a cárie dentária. Passos (2012) realizou uma revisão de literatura e construiu um projeto de intervenção para a reorganização do serviço odontológico na primeira infância no município de Brumadinho-MG, com o objetivo de padronizar o processo de trabalho em saúde bucal para crianças de 0 a 2 anos. O autor chegou à conclusão que existem muitos programas de prevenção da cárie dentária em crianças ainda deficientes, pois as altas taxas de cárie ainda permanecem na população e há a necessidade de padronização do programa para uma maior efetividade.

É de suma importância maiores investimentos e estímulos a estratégias de prevenção e promoção da saúde bucal da criança bem como de medidas de intervenção, tratamento e acompanhamento, visto que as desigualdades socioeconômicas influenciam no acesso à odontologia, dificulta o acompanhamento da saúde bucal e limita a resolutividade da atenção, conforme o estudo de Fan et al. (2016) que encontraram cárie recorrente após tratamento odontológico em 50 % das crianças de baixa renda.

### **3.4 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO MUNDO**

Dentre as avaliações das práticas de saúde bucal na primeira infância, há no mundo diversos estudos com resultados satisfatórios, conforme demonstrado no Quadro 3 (APÊNDICE 3), como o estudo de Ramos-Gomez (2014) que avaliou um programa de puericultura odontológica com atendimento odontológico precoce contínuo, para crianças de baixa renda de até 5 anos, em uma cidade americana. O estudo demonstrou resultados positivos, apontando que o trabalho de uma equipe multiprofissional pode disparar melhorias efetivas na condição de saúde bucal, principalmente nos hábitos de higiene e alimentares, sendo uma estratégia de baixo custo e grande abrangência.

Basir et al. (2017) investigaram a eficácia dos programas de intervenção de promoção da saúde bucal na primeira infância com crianças de 12 a 36 meses, no Irã. Após 1 ano da intervenção, foi identificado que as ações preventivas possuem efeitos positivos na ameaça percebida, na alfabetização em saúde e nos comportamentos em saúde bucal, tendo a potencialidade de reduzir a incidência de cárie. A promoção da

saúde bucal e a prevenção podem melhorar o estado geral de saúde e qualidade de vida, sugere-se integrar ações para mães e crianças, pois o melhor tratamento para a cárie é a integração do diagnóstico precoce, da identificação dos fatores de risco, das ações preventivas e do atendimento clínico curativo e reabilitador (BIANCHI et al., 2017).

Lai et al. (2018) em análise da eficácia de um programa de saúde bucal para crianças de 2 anos e cuidadores em Singapura, identificaram menor prevalência de cárie nas crianças que participaram da intervenção, mostrando que a eficácia do programa foi significativa e apontando que os programas preventivos de saúde bucal conseguem melhorar os hábitos e reduzir a cárie em crianças na primeira infância. O programa de intervenção em saúde bucal com crianças de 2 a 6 anos e seus pais em Nova Iorque, mostrou resultados relevantes, com 95,6% de participação total do programa e 79,7% mudaram o comportamento, apresentando que o programa promoveu efetivamente mudanças de comportamento relacionado à cárie, porém sugere-se estudos com amostra maior e a longo prazo para identificar maior impacto (LUMSDEN et al., 2019).

A experiência de um programa de saúde bucal na Califórnia, realizada pelos autores Hoelt et al. (2015) com crianças vulneráveis de 1 a 5 anos, abordando temas como a etiologia da cárie, progressão, higiene bucal para crianças, técnicas motivacionais e tratamento, demonstraram um maior interesse e prioridade dos pais com a saúde bucal dos filhos. O programa teve eficácia e a relação custo-benefício garantida, visto que houve adesão, participação e aceitação alta do programa pelos pais.

Em uma intervenção de saúde bucal com mães e crianças de 1 a 2 anos, em creches do Irã, com a realização de sessões educativas, entrega de livreto e mensagens de texto, com avaliação após 10 dias e 3 meses. Houve diferença significativa em 10 dias, no conhecimento das mães e na atitude e com relação à limpeza dos dentes das crianças, portanto a intervenção foi avaliada como eficaz na melhoria da higiene bucal e da saúde bucal das crianças (MAKVANDI et al., 2015).

Ricks et al. (2015) em avaliação do efeito de uma iniciativa nacional na prevenção da cárie em crianças de 5 anos na Índia, o programa consistiu em ações educativas, acesso precoce, selante dental, verniz fluoretado e restaurações provisórias, e obteve como resultados satisfatórios que o número de crianças com visita ao dentista aumentou. Estratégias de prevenção da cárie na primeira infância com acesso precoce ao atendimento odontológico demonstraram melhoria na condição de saúde bucal das crianças e mostram tendências de redução da prevalência da cárie, principalmente em crianças de 2 anos.

Mathu-Muju et al. (2016) em estudo canadense com o objetivo de aumentar o acesso aos serviços preventivos de saúde bucal em crianças de 5 a 7 anos, gestantes e pais. Foram utilizados vernizes fluoretados, selantes e CIV para estabilizar a cárie. O programa foi testado em 41 comunidades, 23085 crianças e obtiveram resultados positivos do modelo preventivo de saúde bucal no aumento do acesso das crianças aos serviços odontológicos e melhoria das condições de saúde bucal. A redução da cárie, torna-se efetiva quando há a conjunção de várias estratégias de intervenção que envolve a escola, a família e a criança, pois esta tríade tem potencialidade como estratégia promotora de aprendizagens e mudanças de comportamento relacionada aos hábitos de higiene bucal e alimentares. Estes resultados foram identificados em intervenção realizada em um jardim de infância em Portugal, com crianças de 3 a 6 anos (SIAS e RODRIGUES, 2017).

Goyal et al. (2019) realizaram um estudo controlado, ensaio multinível humano, através de um Esquema Integrado de Desenvolvimento Infantil com crianças de 1 a 6 anos, na Índia. Comparando o efeito de um programa de cuidados com a mudança no status da cárie, a partir de um estudo longitudinal de 3 anos, após a intervenção, houve redução da prevalência de cárie, demonstrando o poder significativo dos programas educacionais.

Ramos-Gomez et al. (2017) realizaram um estudo com crianças de até 5 anos, a partir de um programa de odontopediatria para a redução das disparidades em saúde bucal para capacitar as equipes para o Programa de Cuidado Oral Infantil numa clínica comunitária na Califórnia, abordando cuidados preventivos, integração médico-dentista, criando acompanhamento e avaliação com indicadores, metas e resultados esperados. As ações educativas abordaram os determinantes sociais da cárie, atendimento integral, odontologia minimamente invasiva, aumento da prevenção e gestão da doença com avaliação do risco e melhoria do conhecimento em saúde bucal. Os resultados foram satisfatórios, demonstrando que com ações educativas é possível produzir equipes mais capacitadas para o cuidado integral, prevenir cárie e reduzir custos.

Em estudo para determinar os gastos com o tratamento odontológico de cárie precoce em crianças de até 71 meses, no Peru, cuja a prevalência de cárie foi de 82,19% foi demonstrado que a CPI ocasiona gastos importantes diretos e indiretos, considerando que a família e o serviço de saúde gastam mais com tratamento restaurador do que preventivo e que as ações educativas e preventivas devem ser realizadas pois são altamente efetivas (TORRES-RAMOS et al., 2015).

A realidade das práticas de saúde bucal na primeira infância no mundo estão tendo resultados positivos no que tange ao enfrentamento da cárie dentária, demonstrando redução da prevalência da cárie, porém ainda é um problema desafiador e ainda não há consenso sobre o que efetivamente controla a cárie, visto que se trata de uma doença de caráter multifatorial e necessita de uma abordagem multidisciplinar com foco familiar (CORRÊA-FARIA et al., 2020; TURTON et al., 2019; NISHIDE et al., 2018).

### **3.5 AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL**

A Saúde Bucal da criança faz parte das ações da ESF e deve ser abordada como responsabilidade de toda a equipe, principalmente por se tratar da porta de entrada do SUS e grande possibilidade de vínculo com as famílias. É relevante que o profissional da Atenção Básica estimule escolhas saudáveis o mais cedo possível, durante o pré-natal ou logo após o nascimento da criança (LIMA et al., 2006). Estudos mostram que investir nos primeiros cuidados de saúde bucal, demonstram custos mais baixos em tratamentos odontológicos. A importância da consulta odontológica precoce até 5 anos é que a família tem a oportunidade de receber diretrizes para a promoção da saúde bucal e prevenção que podem prevenir a cárie e possui impacto na qualidade de vida das crianças e familiares (ESSVEIN et al., 2019).

Há na literatura brasileira diversos estudos demonstrando estratégias de priorização dos cuidados em saúde bucal na primeira infância, no âmbito da ESF, pelas ESB, conforme os autores Alves et al. (2018) que avaliaram um programa público de promoção da saúde bucal e prevenção de doenças na primeira infância, realizado no Tocantins com crianças de 36 a 60 meses e evidenciaram que os programas de cuidados infantis são mais efetivos do que o atendimento as demandas espontâneas e as crianças participantes apresentaram menor incidência de cárie, gengivite, maloclusões e hábitos prejudiciais.

Em estudo para estimular os hábitos saudáveis de higiene bucal em crianças de 3 a 6 anos no PSF, através das visitas domiciliares, Pereira et al. (2012) demonstraram o aumento do vínculo entre família e equipe, aumento da sensibilização e conscientização dos pais para ações educativas, aumento da co-responsabilização, aumento do conhecimento sobre a cárie e melhoria na higiene bucal de crianças. Gava (2011) acrescentou que a visita domiciliar é uma estratégia relevante, principalmente quando a mesma é realizada no período puerperal, possibilitando resultados positivos com a

incorporação efetiva dos hábitos de higiene bucal mais cedo possível na rotina da criança.

Em estudo de revisão de literatura, Oliveira e Silva (2018) salientaram a importância de programas educativos e preventivos para evitar e controlar a cárie, abrangendo tanto a criança quanto os pais, proporcionando a melhoria da saúde bucal e qualidade de vida. Hábitos alimentares e nível de escolaridade dos pais estão associados à cárie, portanto prevenção e orientação aos pais produzem efeitos positivos sobre a saúde bucal e qualidade de vida na primeira infância.

O atendimento odontológico baseado na educação em saúde bucal influencia positivamente as condições de saúde bucal na primeira infância, mas apresenta também alguns limites, considerando que há estudos esclarecendo que mesmo recebendo orientações de prevenção de doenças bucais, as mães não necessariamente vão melhorar os hábitos de vida e associam a cárie à pouca atenção e importância da família com a condição de saúde bucal da criança (SILVA et al., 2017). No estudo de Tsang et al. (2019) concordando, afirmaram que 58,2% das crianças consumiam doces mesmo tendo a maioria das mães conscientes de que doces causavam cárie.

Azevedo et al. (2015) em estudo com crianças de até 12 meses, em unidades de saúde, avaliaram o impacto de uma intervenção educacional precoce na prevenção da CPI e identificaram uma prevalência de cárie baixa nas crianças participantes da intervenção e que estratégias com panfletos educativos sobre higiene bucal, no primeiro ano de vida, é valioso para prevenção da cárie.

Em estudo sobre a eficácia de um programa odontológico educativo, em Araraquara-SP, Zuanon et al. (2008) avaliaram mães de crianças de até 4 anos, durante sete anos. Os resultados evidenciaram que os programas odontológicos educativos apresentam resultados satisfatórios quando aplicados a longo prazo e o cirurgião-dentista deve desempenhar o papel de educador ressaltando aos pais a importância da prevenção.

Outro estudo, com o objetivo de avaliar a eficácia do Programa de Odontologia para crianças da primeira infância, da Faculdade de Odontologia da Universidade de Cuiabá na redução da incidência da cárie dentária e no estacionamento de lesões cáries já presentes, obtiveram resultados relevantes. O programa foi eficaz, pois quase 82% das crianças ficaram livres de cárie após a intervenção. A filosofia de atendimento odontológico para crianças com ações educativas melhora a qualidade de vida e a saúde

bucal, essa proposta defende que a criança precisa incorporar os hábitos preventivos antes que a doença se instale (MARTINS et al., 2008).

O programa “Viver sem cárie”, desenvolvido em Londrina-PR mostrou que o acompanhamento da saúde bucal de crianças da primeira infância previne a cárie dentária, visto que comprovou que as crianças que participaram do programa de forma assídua não desenvolveram cárie, produzindo a melhoria dos hábitos de higiene bucal e alimentares (PINTO et al., 2015). A avaliação da eficácia de um programa de promoção de saúde bucal em crianças foi também avaliada positivamente, em estudo de Rank et al. (2014), em Gurupi-TO, demonstrando que o programa possui eficácia quanto à prevenção da doença cárie e periodontal, orientação educativa, atendimento odontológico e o acompanhamento longitudinal, contribuindo fortemente para redução das doenças bucais.

Os achados da pesquisa observacional de Lemos et al. (2011) cujo objetivo foi avaliar o impacto na saúde bucal de crianças de 0 a 48 meses, atendidas em um programa de odontologia para crianças, em Jacareí-SP, mostraram resultados positivos. As crianças que participaram do programa tiveram um impacto positivo para a saúde bucal, influenciando o desenvolvimento de hábitos de higiene bucal e alimentares mais saudáveis para toda a família.

Por outro lado, o estudo de Barbosa et al. (2013), identificaram a ineficácia de um protocolo educativo materno na promoção da saúde bucal infantil, que após 3 anos de acompanhamento, os resultados demonstraram que a ação educativa realizada não obteve êxito suficiente para alcançar a melhoria nos indicadores biológicos da saúde bucal das crianças, seja pelos métodos educativos usados, de forma pontual e sem vínculo e compreensão do profissional com a realidade socioeconômica e cultura familiar. A mudança de hábitos alimentares e de higiene bucal nas famílias é desafiador, considerando a singularidade dos sujeitos e do ambiente familiar que estão inseridos e a multifatorialidade da doença cárie associado á falta de consenso sobre o tratamento preventivo efetivo para a doença (CORRÊA-FARIA et al., 2020; TSANG et al., 2019; BARBOSA et al., 2013).

As escolas e creches são espaços sociais potenciais para despertar nas crianças os hábitos saudáveis de saúde bucal, reforçando a relevância das ações educativas em saúde bucal, por possibilitar capacitações para os pais e cuidadores, para as crianças e para os professores além de operacionalizar as intervenções como escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor, principalmente quando são realizadas de

forma multiprofissional e com integralidade das ações preventivas e curativas (LIMA et al., 2019; SENA et al., 2018; CAWAHISA, 2011).

Barroso et al. (2019) em estudo observacional, descritivo e quantitativo com análise de 361 prontuários de crianças atendidas no SESC, foi identificado que os programas educativos de saúde bucal, como o Programa de Saúde na Escola (PSE) são fatores de proteção, demonstrando a importância dos programas educativos, proporcionando melhor qualidade de vida para a criança.

Todas as ações e estratégias relacionadas à saúde bucal devem ser avaliadas, principalmente nos serviços públicos, que existe uma ferramenta oficial de avaliação, como o PMAQ (Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade), utilizado no estudo de Essvein et al. (2019) com 18114 equipes de saúde bucal no Brasil, demonstrando que a prevalência de atendimentos odontológicos de crianças menores de 5 anos foi de 80,9%. Foi identificado que consultas agendadas, protocolos, organização e planejamento bem estruturados, carga horária de 40 horas do dentista, maior vínculo dentro da equipe, reunião de equipe, melhor relação de emprego e plano de carreira, atividades de pós-graduação e ações educativas foram associados positivamente a este serviço. Observou-se também que é necessário ainda melhorar o acesso de prestação de cuidados preventivos sobre os curativos.

Em estudo de avaliação do cumprimento de metas de saúde bucal da criança em Unidades de saúde de Porto Alegre, com crianças, mostraram que 35% das crianças realizaram a primeira consulta odontológica no primeiro ano de vida, 7,8% tiveram consulta até 4 anos e 22% nunca foram ao dentista. Ações programáticas são importantes estratégias de ampliação do acesso na primeira infância, é importante implantar políticas e programas para melhorar a saúde bucal de crianças (SCHWENDLER; FAUSTINO-SILVA; ROCHA, 2017).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um projeto de intervenção clínico comparativo longitudinal, em que a USF Canabrava foi o grupo que participou do Programa de Saúde Bucal na primeira infância (intervenção) e as demais USF formaram o grupo controle (sem intervenção), com a avaliação do efeito da efetividade de um programa preventivo de Saúde Bucal na primeira infância, com crianças de até 36 meses, na ESF, com uma abordagem quantitativa e qualitativa, de 2017 a 2019.

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido no município de Salvador-BA, capital do Estado da Bahia, que ocupa uma extensão territorial de 693,3 km<sup>2</sup>, de acordo com o IBGE (2019), possui 2.872.347 habitantes e está localizada na região Nordeste. A sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas, denominadas Prefeituras Bairros, e 12 Distritos Sanitários (DS). Do ponto de vista regional, o município integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS) 7, pertence à Macrorregião Leste, Microrregião de Salvador e a 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), sendo referência para os municípios da macro e microrregião de saúde, e também para outros estados em relação aos procedimentos (atendimentos) de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Em relação à rede de Atenção à Saúde, Salvador possui 31,4% de cobertura da Atenção Básica, 28,3% de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, 25% de cobertura de Saúde bucal. Além disso, aderiu ao Programa Saúde na Escola (PSE), que institui a atenção integral voltada para a saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público, privilegiando o espaço da escola para as práticas de promoção da saúde.

O estudo foi realizado em 11 DS, dos 12 DS existentes em Salvador, sendo selecionadas 10 Unidades de Saúde da Família (USF) que não possuem programas de Odontologia na primeira infância, que foram selecionadas de acordo com a conveniência e disponibilidade do profissional para participar da pesquisa e 1 USF que já desenvolvia o Programa de Saúde Bucal na primeira infância, a USF Canabrava, localizada no DS Pau da Lima, totalizando 11 USF.

Foi realizada uma pactuação com a Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Prefeitura de Salvador, através dos coordenadores distritais, gerentes das USF e setor responsável, com o objetivo de pactuar a liberação e

sensibilização das equipes de Saúde Bucal com a pesquisa e cooperação para o desenvolvimento da mesma. Essa pactuação aprovou a participação dos Odontólogos e ASB na coleta de dados, cada equipe em seu próprio campo de atuação e a liberação dos mesmos para dois turnos de calibração e treinamento para a pesquisa.

#### **4.3 O PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA DA USF CANABRAVA (INTERVENÇÃO)**

A USF Canabrava localiza-se no Bairro Canabrava, no DS Pau da Lima, é composta por quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), contando com quatro médicos, quatro enfermeiras, sete técnicos de enfermagem, dezesseis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três agentes administrativos, um gerente, duas auxiliares de limpeza e quatro Equipes de Saúde Bucal (ESB) contando com quatro cirurgiões-dentistas, duas Técnica em Saúde Bucal (TSB) e duas Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). A estrutura física da USF Canabrava é composta por quatro consultórios odontológicos, sete consultórios médicos, uma sala de curativo, uma sala de vacina, uma farmácia, banheiros, copa, uma sala de espera, uma sala da gerência e uma sala de reunião. A área de abrangência da USF Canabrava é composta por 11.479 usuários, entre eles há 51 gestantes e 211 menores de dois anos, de acordo com o SIAB, em 2017.

O serviço odontológico da USF é organizado de acordo com as opiniões de toda a equipe e da comunidade, o agendamento para o atendimento clínico ocorre mensalmente por meio do “Acolhimento em Saúde Bucal” para os usuários que não estão nos grupos prioritários. Os grupos prioritários são gestantes, hipertensos, diabéticos, pacientes especiais, crianças menores de três anos, idosos e casos especiais encaminhados por outros profissionais da USF, que são agendados em qualquer momento. Para a demanda organizada é garantido o tratamento completo e a livre demanda para casos de urgência. Além disso, o “Clube da Escovação” acontece semanalmente, em que o usuário recebe orientações para melhores hábitos de higiene bucal, aplicação tópica de Flúor, escovação supervisionada, evidenciação de placa e palestras educativas sobre diversos temas. As visitas e atendimentos domiciliares são para os idosos, acamados e pacientes especiais com dificuldades de locomoção, além das puérperas, que são agendados previamente e a ESB realiza a visita acompanhada do ACS. Outras ações educativas de promoção da saúde bucal e prevenção de doenças são realizadas pela ESB na USF e na comunidade.

As reuniões de equipe acontecem quinzenalmente, nas quais cada equipe da USF Canabrava realiza o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações e atividades

realizadas. O programa de saúde bucal da primeira infância da USF Canabrava é composto por ações integradas e interdisciplinares tendo início com o pré-natal odontológico, visita puerperal odontológica, ações educativas na sala de vacina, ações educativas de saúde bucal na primeira infância, puericultura odontológica e atendimento odontológico clínico individual da criança com acompanhamento da saúde bucal longitudinal.

### ***O pré-natal odontológico***

Compreendendo que a saúde bucal faz parte da saúde geral do usuário, a ESB participa do pré-natal juntamente com o médico e a enfermeira. Todas as gestantes recebem avaliação bucal e a partir daí são encaminhadas para atendimento clínico, no qual são realizados procedimentos básicos periodontais, restauradores e cirúrgicos, podendo também ser encaminhadas para o grupo de escovação ou para o CEO, caso necessitem de atendimento especializado.

Além da participação da ESB durante a consulta de pré-natal, como uma consulta interdisciplinar, há também o Grupo de Gestantes, oferecendo orientações quanto os cuidados com a saúde bucal da gestante e da crianças, principalmente desmitificando as crenças de que a gestante não pode realizar tratamento odontológico, enfatizando os benefícios do cuidado com a saúde bucal e a possibilidade da gestante realizar tratamento odontológico durante a gestação sem prejudicar a saúde da crianças. Estes dados são registrados no prontuário e no cartão da gestante.

### ***A visita puerperal***

Logo após o parto, o ACS avisa à ESF sobre o parto da gestante e imediatamente ao retorno da puérpera ao seu domicílio, a visita puerperal é realizada pela enfermeira, pelo ACS e pela ESB (dentista e TSB). As orientações odontológicas quanto ao aleitamento materno exclusivo e os cuidados com a higiene bucal da crianças são ofertadas, além da avaliação bucal da crianças e da puérpera. Estes dados são registrados no prontuário, na caderneta de vacina e no livro de registro da Saúde Bucal da crianças.

### ***Ações educativas na sala de vacina e campanhas de vacinação***

Em um turno quinzenal, a cirurgiã-dentista fica na sala de vacina junto com as técnicas de enfermagem para recepcionar as crianças de até dois anos que vão atualizar a caderneta de vacinação. Neste momento é realizada avaliação bucal e ofertadas as orientações sobre higiene bucal, erupção dentária e a importância da amamentação.

### ***Ações educativas “saúde bucal na primeira infância”***

Mensalmente acontece na USF Canabrava a Ação educativa “Saúde Bucal da crianças” convocando todos as crianças da área de abrangência para uma atividade educativa, onde todas as crianças são avaliadas, orientadas e caso necessário realiza-se também o agendamento para consultas individuais. Também é realizada a escovação supervisionada com as crianças que possuem dentes e as crianças ainda edêntulos, é realizada a limpeza da boca com gaze e água. As mães e acompanhantes também realizam a escovação supervisionada com aplicação tópica de flúor. Os temas abordados são “aleitamento materno”, “introdução alimentar e desenvolvimento do paladar da crianças”, “sequencia e cronologia de erupção dentária”, “cárie dentária”, “doença periodontal em crianças”, “prevenção de hábitos de sucção não nutritiva”, “o momento ideal para o desmame”, “higiene bucal da criança” entre outros sugeridos pelas participantes do grupo.

### ***Puericultura odontológica***

Toda criança até dois anos de idade é acompanhada na puericultura pela enfermeira para o “Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento”. A ESB participa desta consulta, fazendo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da cavidade oral, observando a erupção dentária e os hábitos de higiene bucal e alimentação da criança. Estes dados são registrados no prontuário, na caderneta da criança e no livro de registro da Saúde Bucal da criança.

### ***Atendimento clínico individual na primeira infância***

Os procedimentos curativos também são realizados pela ESB, como raspagens e alisamentos radiculares, restaurações, cirurgias e tratamentos endodônticos conservadores. Os procedimentos mais complexos como tratamento endodôntico são encaminhados para o CEO, Universidades e cursos de especialização.

#### 4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A amostra do estudo foi estabelecida por conveniência, de acordo com a aceitação dos odontólogos da rede da prefeitura em participar da pesquisa, sendo composta por todas as crianças de 6 meses até 36 meses expostas ou não expostas pelo “Programa de Saúde Bucal na primeira infância” da USF Canabrava. A faixa etária escolhida para o estudo justifica-se por estar dentro dos parâmetros utilizados nos estudos epidemiológicos, de modo que será possível comparações e análises com outros estudos e parâmetros. As mães e/ou responsáveis também participaram do estudo, através da entrevista sobre a sua condição de saúde bucal e o período gestacional e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a autorização da participação da criança.

O cálculo amostral foi feito de acordo com a totalidade das crianças menores de 3 anos da USF Canabrava no ano de 2016, de acordo com os dados do E-sus, a estimativa foi de 200, sendo a proporção de 1:2, assim estima-se uma amostra de 200 crianças na USF Canabrava e 440 nas demais USF, totalizando 640 crianças.

Os critérios de inclusão adotados foram: crianças de 6 meses a 36 meses residentes das áreas de abrangência das USF selecionadas, expostas ou não expostas pelo Programa de Saúde Bucal na primeira infância, do município de Salvador-BA. Os critérios de exclusão adotados foram: crianças fora da faixa etária de 6 meses a 36 meses na primeira consulta e famílias que se recusaram a participação.

As crianças expostas são caracterizadas pela participação de alguma ação sistematização de promoção da saúde bucal na primeira infância e de prevenção de doenças bucais na USF Canabrava, que receberam a intervenção do Programa de Saúde Bucal na primeira infância. As crianças não expostas são aquelas que não participaram e que não receberam intervenção do Programa de Saúde Bucal na primeira infância da USF Canabrava, ou seja, as crianças das demais USF.

A coleta de dados nas USF foi distribuída de modo a abranger a extensão territorial do município de Salvador, então foram selecionadas as USF conforme a Tabela 01.

Tabela 01- Lista de USF e profissionais selecionados para a coleta de dados com o quantitativo de crianças de 6 a 36 meses, no município de Salvador-BA.

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>USF</b>	<b>Odontólogo (a) Responsável</b>	<b>Número de crianças</b>	<b>Intervenção/controle</b>
Pau da Lima	Canabrava	Lizzia Moura Carolina Sampaio Érica Brazil	200	Intervenção
Brotas	Candeal	Renata Cardoso	44	Controle
Liberdade	San Martin	Pâmella Teodoro	44	Controle
Itapuã	Aristides Maltez	Ivea Carolina	44	Controle
Cajazeiras	Boca da Mata	Vanessa Prata/ Lísia	44	Controle
Centro	Terreiro de	Silvia Viana	44	Controle
Histórico	Jesus			
Subúrbio	Alto da	Filipe Fortaleza	44	Controle
Ferrovário	Terezinha	Evandro Laranjeiras		
Barra- Rio	Garcia	Manuela Cangussú	44	Controle
Vermelho	Alto das Pombas	Ednaldo Santos	44	
Boca do Rio	Zulmira Barros	Luciano Hebert	44	Controle
Cabula-Beiru	Alto da Cachoerinha	Haline Antunes Glaura Lyra	44 44	Controle

#### 4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

##### a. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário já validado, (CABRAL, 2005), que contém indicadores epidemiológicos para o acompanhamento das condições gerais de saúde da criança, seus hábitos de vida e alimentares e a condição da sua saúde bucal (ANEXO 1). Este instrumento foi adaptado á realidade das condições de saúde bucal da localidade em questão, incluindo alguns itens como Bolsa Família e demanda aberta além da parte do exame bucal, incluindo a avaliação da cárie incipiente como a mancha branca, através do ICDAS II, sendo que a profilaxia prévia, no momento do exame, foi realizada com a escovação com escova dental e dentifício fluoretado.

##### b. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis do instrumento de coleta de dados serão quantitativas e qualitativas, auto-referidas ou identificada por exames e observações do pesquisador, as variáveis também poderão ser dicotômicas ou agrupadas em categorias.

O “Programa de Saúde Bucal na primeira infância” será a variável independente principal, a cárie dentária será a variável dependente principal e haverá outras co-

variáveis. As variáveis dependentes e independentes foram divididas em grupos: “Identificação e características socioeconômicas”, “Avaliação geral do período gestacional”, “Avaliação geral do recém-nascido e no primeiro ano de vida”, “Avaliação geral dos hábitos alimentares”; “Higiene bucal da criança”, “Avaliação bucal da criança” e “Saúde bucal da mãe”, A nova variável “Higiene bucal adequada” resultou da soma das três variáveis, referente a quem escovava os dentes (pais/responsáveis ou pela criança com seu auxílio); o que utilizavam (pasta dentífrica com flúor) e a frequência (duas ou mais vezes ao dia), todas estas variáveis foram coletadas no primeiro momento da coleta de dados, na primeira consulta, descritas no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1- Classificação das variáveis da pesquisa, Salvador- BA, 2017 a 2019.	
VARIÁVEIS	CATEGORIZAÇÃO
<b>AVALIAÇÃO GERAL</b>	
Idade da mãe	Em anos
Número de filhos	quantidade
Fez pré-natal	0-Não 1-Sim
Número de consultas	quantidade
História gestacional	0-Normal 1-infecção urinária 2-hipertensão 3-diabetes 4-cardiopatia 5-doença pulmonar 6- doenças infecciosas 7-zika/dengue/chicungunya 8- outro
Uso de medicamentos	0-Não 1-antibióticos 2-suplemento vitamínico 3-sulfato ferroso 4- outros, especificar
Motivo	Escrever o motivo
Período gestacional	Escrever o trimestre
Acidentes	0-Não 1-Sim
Período gestacional	Escrever o trimestre
Uso de drogas	0-Não 1- Fumo 2- Álcool 3- outras
Parto	1-Normal 2-Normal com fórceps 3-Cesária 4-Cesária com fórceps
Idade gestacional	1-Termo 2-prematuro
<b>RECÉM-NASCIDO (ATÉ 29 DIAS)</b>	
Nascimento	1-Normal 2-Anóxia 3-Cianose 4-Hemorragia 5-Icterícia 6-Outros, especificar
Dificuldade de sucção	0-Não 1-Sim
Apgar	Registrar o numero do 2º minuto
Peso ao nascer	Escrever o peso em números
Altura ao nascer	Escrever a altura em números
Hospitalizações	0-Não 1-Sim
Uso de sonda	0-Não 1-Sim
Tempo	Escrever o número de dias
Entubação	0-Não 1-Sim
Tempo	Escrever o número de dias
Uso de medicamentos	0-Não 1-Sim Qual, especificar
<b>1º ANO</b>	
Doenças	0-Não 1-Sarampo 2- Rubéola 3-Caxumba 4-Escarlatina 5-Catapora 6-D. Respiratórias 7-D. Cardíacas 8-D. Renais 9- Ignorado 10-D. Reumáticas 11-D. Hepáticas 12- D. Hematológicas 14- outras, especificar

Tratamento médico	0-Não 1-Sim Motivo, especificar
Problemas alérgicos	0-Não 1-Pele 2-Respiratório 3- outros, especificar
Uso de Medicamentos	0-Não 1-Sim Qual, especificar
Frequência do uso de medicamentos	1-Muito frequente 2- pouco frequente
Imunização	0-Não 1-Sim 2- incompleta
<b>AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO</b>	
Aleitamento materno exclusivo	0-Não 1-Sim
Período (Mês)	Escrever o período em meses
Frequência (vezes ao dia)	quantidade
Misto	0-Não 1-Sim
Período (Mês)	Escrever o período em meses
Frequência (vezes ao dia)	quantidade
Mamadeira exclusivo	0-Não 1-Sim
Período (Mês)	Escrever o período em meses
Frequência (vezes ao dia)	quantidade
Conteúdo	1-leite bovino 2- leite caprino 3-leite vegetal 4-engrossante 5- fórmula infantil 6-outros especificar
Adoçante	0-Não 1-Açúcar 2-Mel 3-outros, especificar
A partir de quantos meses	idade em meses
Alimentação noturna	0-Não 1-Sim
Antes de dormir	0-Não 1-Sim
Até quando (mês)	Escrever o mês ou atualmente
Tipo	1-Peito 2-Mamadeira 3-Misto 4-copo/canudo
Conteúdo da Mamadeira/copo	Escrever o alimento que a criança ingere
Durante o sono	0-Não 1-Sim
Até quando (mês)	Escrever o mês ou atualmente
Alimentação complementar	1-chá com açúcar 2- chá sem açúcar 3-suco com açúcar 4- suco sem açúcar 5- refrigerante 6-comida caseira 7- frutas 8-balas, chicletes 9- biscoitos recheados 10- verduras
<b>HIGIENE BUCAL DA CRIANÇA</b>	
Recebeu alguma orientação	0-Não 1-Sim 9-ignorado
Quem fornece	0-Não teve 1-médico/enfermeiro 2-dentista, TSB, ASB 4- familiar 5- outros 9-ignorado
Considera importante cuidar dos dentes da criança	0-Não 1-Sim 2- Indiferente
Justificativa	Descrever exatamente o que os pais ou responsáveis falaram, entre aspas
Limpa da boca da criança	0-Não 1-Sim
Quem escova	0-Pais ou responsáveis 1-Cuidador/babá 2- própria criança 3- outros, especificar
O que utiliza	0-água 1-pastar sem flúor 2- Pasta com flúor 3- outro, especificar
Frequência	1-uma 2-duas 3-três ou mais
Horário	Marcar com um X, 1-manhã, 2-tarde 3-antes de dormir
Início	Em meses
Frequente creche	0-Não 1-Sim
Escova os dentes na creche	0-Não 1-Sim
Possui escova compartilhada	0-Não 1-Sim
Dorme em cama compartilhada	0-Não 1-Sim
Higiene bucal adequada	Pais e/ou responsáveis, com pasta fluoretada e escovação duas ou mais vezes ao dia.
<b>SAÚDE BUCAL DA MÃE</b>	
Ja teve dor de dente?	0-Não 1-Sim 9-Ignorado
Se sim, procurou atendimento?	0-Não 1-Sim 9-Ignorado
Se não, qual o motivo?	0-dificuldade no acesso 1-não achou importante 2- outros, especificar
Já restaurou algum dente?	0-Não 1-Sim 9-Ignorado

Já perdeu algum dente?	0-Não 1-Sim 9-Ignorado
Apresenta sangramento gengival frequente?	0-Não 1-Sim 9-Ignorado
Necessita de tratamento odontológico	0-Não 1-Sim 9-Ignorado
Realizou pré-natal odontológico?	0-Não 1-Sim 9-Ignorado
<b>AVALIAÇÃO BUCAL</b>	
Alteração de mucosa oral	Escrever a alteração, com local, tamanho, forma...
Ja teve candidíase/sapinho?	0-Não 1-Sim
Alteração de desenvolvimento	0-Nenhuma 1-Cistos 2-Nódulos 3-Pérolas 4-Dente natal 5-Dente neonatal 6-Tumores 7-Outros, especificar
Freio labial superior	0-Inserção normal 1- Inserção baixa
Freio Lingual	0-Normal 1- curto
Distúrbios da erupção	0-Nenhum 1-cocceira gengival 2-irritação 3-coriza 4-salivação aumentada 5-diarréia 6-sono agitado 7-febre 8-cistos 9-outros, especificar
<b>ODONTOGRAMA</b>	
Início de erupção	Idade em meses
Aplicar para cada superfície um código: C, MB; O; E; 9 (Excluído); P (pigmentado). E um número conforme o ICDAS II: 1-opacidade notável com pigmentação retida em fôssulas/fissuras 2-opacidade notável com pigmentação que extrapola fundo de fôssulas e fissuras 3- cavitação em esmalte 4- cavitação com sombreamento em dentina com microcavitação ou não em dentina 5- cavitação com exposição de dentina (até 1/2 superfície) 6- cavitação com exposição de dentina (maior que ½ superfície).	Circular o número dos dentes presentes no momento do exame, colocar o número e o código correspondente da legenda (ICDAS II)
Presença de placa bacteriana visível	0-Não 1-Sim
Anomalias	0-Não 1-Extranumerário 2-agenesia 3-forma 4-cor 5- posição 6-hipoplasia 7-hipocalcificação 8-Outros, especificar
Má oclusão (SB Brasil)	0-Normal 1-Mordida Cruzada Posterior, 2-Mordida Aberta Anterior 3-Mordida Cruzada Anterior 4- Apinhamento 5- Outros, especificar
Hábitos	0-Não 1-Sucção digital 2-Chupeta convencional 3-Chupeta ortodôntica 4-Chupeta adocicada 5-Respiração bucal 6-Outros, especificar

### c. APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Todas as crianças elegíveis foram convidadas para participar do estudo, esclarecendo os objetivos da pesquisa, após o aceite dos pais ou responsáveis e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi realizada aplicação do instrumento e avaliação bucal inicial a partir de 6 meses, com início em fevereiro de 2017 até dezembro de 2019, e em seguida, após no mínimo 4 meses, a criança era convidada novamente a comparecer nas USF para novo e exame e entrevista. As USF selecionadas que não possui programa de Saúde Bucal na primeira infância (controle) e na USF Canabrava que já possuía o programa de Saúde Bucal na primeira infância (intervenção).

Antes de iniciar a coleta de dados foi formada uma equipe de examinadores composta por 14 profissionais da Odontologia da Prefeitura Municipal de Salvador (Odontólogos) tendo o auxílio para as anotações no questionário, ASB e TSB, discentes da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) que estavam nas USF em estágio supervisionado, devidamente selecionados e com interesse em participar da pesquisa. Esta equipe estava inserida nas USF e foi previamente calibrada, mensurando o índice de Kappa (0,76), para identificar a concordância intra e inter-examinadores. Esta calibração foi realizada por consenso, a partir de 2 oficinas, com a discussão teórica de toda a metodologia da pesquisa, dos critérios do exame, do instrumento de coleta de dados seus indicadores e um momento prático com discussão em campo com 3 a 4 casos e com reexame de 10 a 20 casos, com as crianças da pesquisa, calculando o score e obtendo o consenso e a padronização nos exames bucais das crianças.

Ao identificar alteração bucal durante os exames bucais das crianças, os profissionais provienciaram o atendimento assistencial na sua própria USF, considerando que os participantes da pesquisa são de áreas cobertas pela ESF e, caso houvesse necessidade de atendimento especializado, a criança era encaminhada para o Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

Como estudo preliminar, foi realizado um estudo piloto, como um pré-teste com 10 crianças, para serem visualizadas possíveis falhas nos instrumentos e fazer os ajustes necessários quanto à clareza das perguntas dos formulários e adequá-lo à realidade local.

Para a aplicação do questionário, foi realizada uma entrevista pelo pesquisador calibrado em local reservado, que poderia ser no domicílio do participante ou em consultório da USF, respeitando a privacidade dos participantes do estudo. Não houve extração de dados em prontuários, os dados do nascimento da criança (Apgar, peso e altura ao nascer) foram extraídos do Cartão da criança. Os participantes do estudo também foram abordados durante as ações do “Programa de saúde bucal da primeira infância” da USF Canabrava, durante a consulta de puericultura com o médico ou enfermeira, nas visitas domiciliares, na sala de vacina ou nas ações educativas de saúde bucal da criança, pelo pesquisador ou por colaboradores previamente calibrados para a aplicação do instrumento.

Além da aplicação do questionário, foi realizado o exame bucal das crianças, com a utilização de luz natural ou lanterna, espátula de madeira, gaze, luvas, gorro, máscara,

avental e óculos, obedecendo às normas de biossegurança. No exame bucal foi considerado o número de superfícies cariadas, mancha branca, dentes obturados, dentes com exodontia indicada, dentes ausentes e dentes excluídos, representados em um odontograma. Também foram avaliados os tecidos moles, tecidos duros, distúrbios de erupção, alterações de desenvolvimento, anomalias e traumatismos. Os exames bucais foram realizados na primeira consulta (Tempo 0) e nas consultas de retorno, após pelo menos 4 meses (Tempo 1 e Tempo 2).

O índice utilizado para análise de cárie foi o ICDAS II que se destina a ser viável para uso em pesquisas epidemiológicas e para detectar lesões de estágio cavidadas e não cavidadas com confiabilidade aceitável. Foi usado um código para cada face do dente de depois calculado o índice de ceo-d e ceo-s das crianças examinados no estudo (ISMAIL et al., 2007). O ponto de corte que foi considerado doença cárie foi a partir do código 1, considerando as lesões iniciais de mancha branca, como doença cárie.

#### **4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS**

Todos os dados foram digitados em um banco de dados no programa Epi Info 7.0 e foi realizada a análise descritiva das variáveis de interesse, com observação para as frequências simples e possíveis associações. Foram calculadas as taxas de incidência das crianças da USF expostos e não expostos ao “Programa de saúde bucal da primeira infância”, como também as crianças cobertas e não cobertas por serviços de saúde e se existe associação entre o fator de risco e/ ou de proteção estudado e o subsequente desenvolvimento da doença.

Na análise univariada, foi utilizada como medida de associação o Risco Relativo (RR), com intervalo de confiança de 95%. A regressão de Poisson robusta foi utilizada para estimar os RR's e seus respectivos Intervalos de Confiança a 95%, considerando a variável dependente a incidência de cárie e a variável independente principal o programa desenvolvido na USF Canabrava. Todas as outras variáveis foram consideradas de confusão. O método setpwise forward foi adotado nos modelos ajustados finais. Variáveis independentes com um p-valor <0,20 para cada um dos desfechos na análise univariada foram incorporadas, e aquelas com um p-valor <0,05 foram mantidas nos modelos finais e a mediana foi utilizada como ponto de corte.

#### **4.7 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo aprovado através do parecer de número 2.857.836 (ANEXO 2). Os responsáveis pelos sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), elaborado segundo critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa envolvendo seres humanos.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA POPULAÇÃO INICIAL DO ESTUDO

A população do estudo da linha base foi de 634 crianças, com idade média 18,1 meses (DP= 9,13)/ mediana 16 meses, sendo a idade mínima 6 meses e máxima 45 meses, dentre estas 99 ainda estavam iniciando o processo eruptivo, portanto com uma amostra efetiva de 535 crianças. Do total das crianças, houve um equilíbrio quanto ao sexo, 50,16% masculino e quanto à etnia, houve uma predominância preta e parda (84,4%). A maior parte da amostra (84,16%) foi de crianças moradoras da área de abrangência das USF, conforme a Tabela 02.

A análise descritiva do perfil socioeconômico demonstrou que a escolaridade da mãe até o primeiro grau completo foi de 56,67%, e a escolaridade do pai foi de 47,64%. Dos responsáveis entrevistados, 76,92% tinha a situação conjugal de casado, união estável ou juntado. Quanto à moradia, a maior parte das crianças possuía casa rebocada e com água encanada (97,2% e 93,72%, respectivamente), 42,31% residiam em domicílio com até 4 cômodos e 26,32% residiam com mais de 5 pessoas no domicílio. Quanto à renda familiar, a maior parte das famílias não recebiam bolsa família, 54,63% (Tabela 02).

Tabela 02- Características socioeconômicas, comportamentais e uso dos serviços de saúde da população inicial do estudo, no tempo inicial (T0) do estudo, em Salvador-BA, 2019 (n= 634).

Variáveis	n	%	
Sexo	Feminino	316	49,84
	Masculino	318	50,16
Etnia*	Branco/ outras	90	15,60
	Parda/ preta	<b>487</b>	<b>84,40</b>
Demanda Aberta	Sim	99	15,84
	Não	526	84,16
Escolaridade da mãe	≤1º grau	<b>263</b>	<b>56,67</b>
	>1º grau	344	43,33
Situação Conjugal	Solteiro/ viúvo/separado	144	23,08
	Casado/juntado/união estável	<b>480</b>	<b>76,92</b>
Nº de irmãos	Até 1	<b>453</b>	<b>71,45</b>
	>2	181	28,55
Nº de pessoas no domicílio	Até 4	<b>448</b>	<b>73,68</b>
	>5	144	26,32
Nº de cômodos	Até 4	264	42,31
	>5	360	57,69
Bolsa Família	Sim	279	45,37
	Não	<b>336</b>	<b>54,63</b>

Pré-natal	Sim	<b>610</b>	<b>98,39</b>
	Não	10	1,61
Nº de consultas de pré-natal	Até 7	230	39,59
	>8	<b>351</b>	<b>60,41</b>
Parto	Normal	351	56,89
	Cesária	266	43,11
Apgar	Até 8	20	4,77
	>9	399	95,23
Peso ao nascer	Até 2,499kg	55	9,53
	>2,500kg	<b>522</b>	<b>90,47</b>
Imunização	Sim	511	88,26
	Não/ incompleta	68	11,74
Aleitamento materno exclusivo (6 meses)	Sim	<b>512</b>	<b>82,71</b>
	Não	107	17,29
Alimentação noturna	Sim	<b>506</b>	<b>92,84</b>
	Não	39	7,16
Adoçante (açúcar/mel)	Sim	<b>275</b>	<b>90,76</b>
	Não	28	9,24
Realiza higiene bucal	Sim	269	43,81
	Não	<b>345</b>	<b>56,19</b>
Frequenta creche	Sim	108	17,85
	Não	<b>497</b>	<b>82,15</b>
Escova compartilhada	Sim	<b>93</b>	<b>16,97</b>
	Não	455	83,03

Em relação á saúde da mãe e saúde geral da criança, os resultados demonstraram que a maioria das mães fizeram pré-natal (98,39%), com mais de 8 consultas (60,41%). A maior parte das crianças da pesquisa, tiveram parto a termo (56,89%), peso ao nascer adequado (90,47%) e aleitamento materno exclusivo (82,71%). Quanto aos hábitos alimentares das crianças da pesquisa, 90,76% já tiveram acesso ao açúcar, 92,84% realizavam alimentação noturna, 71,85% dormiam em cama compartilhada, 56,19% não realizavam limpeza da cavidade bucal, 82,15% não frequentavam creche e 83,03% não possuíam escova compartilhada.

Na análise descritiva da saúde bucal das crianças quanto à alteração de mucosa 95,9% não apresentaram, 39,12% já apresentaram candidíase, 71,65% tiveram alguma alteração de desenvolvimento, 31,06% apresentaram alteração de freio labial, apenas 4,83% apresentaram freio lingual curto, 91,89% não apresentaram anomalias dentárias e 24,34% apresentaram má oclusão. Quanto á prevalência de cárie dentária foi encontrada 13,64% e o ceos= 0,21 (DP= 1,25), valor mínimo =0 e valor máximo -16, com predominância do componente cariado (100%).

Na análise bivariada realizada no exame inicial, entre ocorrência de cárie dentária (ICDAS) foram encontradas variáveis associadas estatisticamente significantes

como o aleitamento materno exclusivo (6 meses) ( $p=0,042$ ) e o benefício do “Bolsa Família” ( $p=0,047$ ), se mostrando como potenciais fatores protetores para prevenção de cárie. No T0, exame inicial, considerando as associações bivariadas entre ocorrência de cárie dentária (ICDAS) e variáveis associadas foram selecionadas para o modelo multivariado - idade da criança, número de cômodos no domicílio, benefício “Bolsa Família”, número de consultas de pré-natal, peso ao nascer e aleitamento materno exclusivo (Tabela 03).

Tabela 03- Análise bivariada entre ocorrência de cárie dentária (ICDAS) e variáveis associadas em crianças, no tempo inicial (T0) do estudo, em Salvador- BA, 2019 (n= 535).

Variáveis	Sem cárie (n=462)		Com cárie (n=73)		pvalor	
	n	%	n	%		
Idade da criança						
	<17 meses	222	89,88	25	10,12	0,028*
	≥17 meses	240	83,33	48	16,67	
Sexo						
	Masculino	230	86,47	36	13,53	0,941
	Feminino	232	86,25	37	13,75	
Etnia*						
	Branca/ outras	70	89,74	8	10,26	0,353
	Parda/ Preta	351	85,82	58	14,18	
Escolaridade mãe*						
	≤1º grau	194	84,35	36	15,65	0,120*
	>1º grau	251	89,01	31	10,99	
Idade da mãe						
	>25 anos	255	88,65	33	11,35	0,108*
	≤ 25 anos	207	83,92	40	16,18	
Renda Familiar*						
	>1 SM	157	89,20	19	10,80	0,159*
	≤1SM	241	84,56	44	15,44	
Situação conjugal materna						
	Casado/ união estável	351	87,15	55	12,85	0,746
	Outros	111	86,05	18	13,95	
No de irmãos domicílio						
	0-1	323	85,00	57	15,00	0,153*
	≥2	139	89,63	16	10,32	
No. Pessoas domicílio						
	≤ 4	337	86,51	53	13,49	0,866
	>4	125	85,93	20	14,07	
Tipo de casa						
	Própria	280	84,50	52	15,50	0,082*
	Alugada/ outras	181	89,85	21	10,15	
No de cômodos do domicílio						
	>4	274	88,56	36	11,44	0,107*
	≤4	188	83,71	37	16,29	

Receber bolsa família	Não	245	83,80	48	16,20	0,047*
	Sim	217	89,79	25	10,21	
Uso de cama compartilhada	Não	122	84,67	22	15,33	0,439
	Sim	340	87,30	51	12,70	
Demanda aberta	Não	390	87,44	56	12,56	0,145*
	Sim	72	81,61	17	18,39	
Consultas pré-natal mãe	>7	266	84,54	50	15,46	0,123**
	≤7	196	89,39	23	10,61	
Apgar*	>8	295	88,32	39	11,68	0,395
	≤8	13	81,25	3	18,75	
Peso ao nascer	>2499,99	421	87,39	63	12,61	0,186*
	≤ 2500,00	41	80,43	10	19,57	
Tipo de parto	Normal	253	83,96	48	16,04	0,075*
	Cesáreo	209	89,38	25	10,62	
Necessidade de intervenção após o parto*	Não	345	85,65	61	14,35	0,418
	Sim	80	88,89	10	11,11	
Dificuldade de sucção ao nascer	Não	316	84,33	57	15,67	0,099**
	Sim	146	89,93	16	10,07	
Imunização*	Completa	369	86,01	60	13,99	0,507
	Incompleta	48	82,76	10	17,24	
Aleitamento materno exclusivo (6 meses)	Sim	377	85,19	66	14,81	0,042*
	Não	85	93,26	7	6,74	
Aleitamento noturno*	Não	29	90,63	3	9,38	0,431
	Sim	375	85,62	63	14,38	
Uso do açúcar*	Não	21	91,30	2	8,70	0,572
	Sim	205	87,23	30	12,77	
Higienização da boca/ escovação	Sim	258	87,15	39	12,85	0,708
	Não	204	86,03	34	13,97	
Uso escova compartilhada*	Não	339	86,26	54	13,74	0,746
	Sim	64	87,67	9	12,33	

\*variáveis com dados perdidos; \*\*variáveis selecionadas para o modelo multivariado

Na análise exploratória multivariada de Poisson, as variáveis associadas à presença de cárie dentária, foram – a maior idade da criança (RP-1,90; IC- 1,04-3,45), menor número de cômodos da casa (RP-1,78; IC- 1,01-3,17); famílias das crianças que recebem o benefício Bolsa Família tiveram menor prevalência da doença (RP-0,54; IC- 0,30-0,97) assim como o número adequado de consultas do pré-natal (RP- 0,50; IC- 0,26-0,94), o peso adequado ao nascer (RP-2,25; IC- 1,05-5,33), e o aleitamento materno exclusivo (RP-2,88; IC- 1,07-7,70), tiveram associações estatisticamente significantes, de acordo com a Tabela 04.

Tabela 04- Modelo final da análise exploratória de regressão de Poisson das variáveis associadas a presença de cárie dentária (ICDAS) em crianças, no tempo inicial (T0) do estudo, em Salvador- BA, 2019 (n= 535).

<b>Variáveis</b>	<b>RP</b>	<b>95% IC</b>	<b>pvalor</b>
Idade			
<17 meses	1,00	-	0,037
≥17 meses	1,90	-1,04- 3,45	
Número de cômodos domicílio			
>4			0,049
≤ 4	1,00	-	
	1,78	-1,01- 3,17	
Receber bolsa família			
Não	1,00	-	0,045
Sim	0,54	-0,30- 0,97	
Número de consultas pré-natal			
≤7	1,00	-	0,031
>7	0,50	-0,26- 0,94	
Peso ao nascer			
>2499,99	1,00	-	0,064
≤ 2500,00	2,25	-1,05- 5,33	
Aleitamento materno exclusivo (até 6 meses)			
Sim	1,00	-	0,035
Não	2,88	-1,07- 7,70	

\*Máxima verossimilhança p= 0,57

Em relação á higiene bucal da criança na primeira infância, dos 634 responsáveis das crianças participantes, 4 não consideraram importante cuidar dos dentes da criança e 1 (0,2%) considerou ser indiferente. A maioria dos pais/responsáveis (72,5%) indicaram ter recebido orientação relativa a cuidados de higiene bucal. Cerca de 64,8% dos participantes receberam informação por parte de um médico/enfermeiro e 41,9% mencionaram ter recebido informação por um dentista/técnico de saúde bucal/ agente em saúde bucal.

Quando questionados sobre quem realizava a limpeza da cavidade oral das crianças, 15% indicaram ser a própria criança a fazê-la. Relativamente ao que utilizavam para higienizar a cavidade oral, em 37,7% dos edêntulos utilizavam apenas água e em 40% das crianças que tinham dentes, usavam pasta sem flúor. Cerca de 70,2% das crianças limpava a cavidade oral duas ou mais vezes por dia e estas eram feitas maioritariamente de manhã (86,5%) e à noite (62,1%). A limpeza da cavidade oral foi iniciada antes dos 6 meses de idade por cerca de 64,1% das crianças. Uma percentagem de 86,1% das crianças escovava os dentes na creche e 17% compartilhavam a escova, conforme Tabela 05.

Tabela 05- Caracterização dos cuidados de saúde oral dos participantes de 6 a 36 meses no tempo inicial (T0) do estudo, em Salvador- BA, 2019 (n=634).

Variáveis	n	%
Recebeu alguma orientação? (n=604)		
Não	166	27,5
Sim	438	72,5
Quem forneceu? (n=315)		
Médico/enfermeiro	<b>204</b>	<b>64,8</b>
Dentista/TSB/ASB	132	41,9
ACS	4	1,3
Familiar	20	6,3
Outros	13	4,1
Considera importante cuidar dos dentes da criança? (n=559)		
Não	4	0,7
Sim	554	99,1
Indiferente	1	0,2
Limpa a boca da criança? (n=625)		
Não	2	0,3
Sim	623	99,7
Quem escova? (n=492)		
Pais/responsáveis	373	75,8
Própria criança	<b>74</b>	<b>15,0</b>
Criança com auxílio dos pais/responsáveis	45	9,1
O que utiliza?		
• Edêntulo (n=61)		
Água	23	37,7
Pasta sem flúor	18	29,5
Pasta com flúor	<b>19</b>	<b>31,1</b>
Outro	1	1,6
• Com dentes (n=480)		
Água	117	24,4
Pasta sem flúor	192	40
Pasta com flúor	<b>167</b>	<b>34,8</b>
Outro	4	0,8

Frequência da escovação (n=536)		
Nenhuma	4	0,7
1 vez	156	29,1
2 vezes	231	43,1
3 ou mais vezes	145	27,1
Horário da escovação (n=533)		
Manhã	<b>461</b>	<b>86,5</b>
Tarde	245	46
Antes de dormir	331	62,1
Limpeza da cavidade oral (n=498)		
0 aos 6 meses	<b>319</b>	<b>64,1</b>
7 aos 24 meses	174	34,9
> 24 meses	5	1
Escova os dentes na creche? (n=366)		
Não	51	13,9
Sim	315	86,1
Possui escova compartilhada? (n= 547)		
Não	454	83
Sim	<b>93</b>	<b>17</b>

Na Tabela 06 estão evidenciados os resultados relativos à adequação da higiene bucal, tanto para as crianças edêntulas como para as crianças com dentes. Observou-se que 76% das crianças edêntulas e 77,7% das crianças com dentes apresentavam higiene bucal inadequada.

Tabela 06- Caracterização da adequação da higiene bucal dos participantes de 6 a 36 meses no tempo inicial (T0) do estudo, em Salvador- BA, 2019 (n=634).

Variáveis	n	%
Higiene bucal crianças edêntulas (n=50)		
• Inadequada	38	76
• Adequada	12	24
Higiene bucal crianças com dentes (n=376)		
• Inadequada	292	77,7
• Adequada	84	22,3

## 5.2 ANÁLISE LONGITUDINAL- AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Dentre as crianças que participaram do estudo longitudinal, que retornaram às consultas subsequentes (n=352), 195 (55,4%) foram das USF sem programa de saúde bucal na primeira infância e 157 (44,6) foram participantes do programa de saúde bucal na primeira infância da USF Canabrava. A média do tempo de seguimento das crianças foi de 13,12 meses (DP= 7,40). 30% das crianças foram seguidas entre 4 até 6 meses e o 62% entre 6 e 12 meses. Apenas 8% das crianças tiveram tempo de seguimento superior a 12 meses, sendo que o tempo máximo de seguimento chegou a 25 meses. Nem todas

as crianças que participaram do tempo inicial, retornaram para o seguimento, obtendo perdas, por recusas, dificuldades no contato telefônico e endereços das crianças.

Tabela 07- Características socioeconômicas, comportamentais e uso dos serviços de saúde da população da análise longitudinal, nas consultas subseqüentes após no mínimo 4 meses (T1), com avaliação do programa, Salvador- BA, de 2017 a 2019 (n= 352).

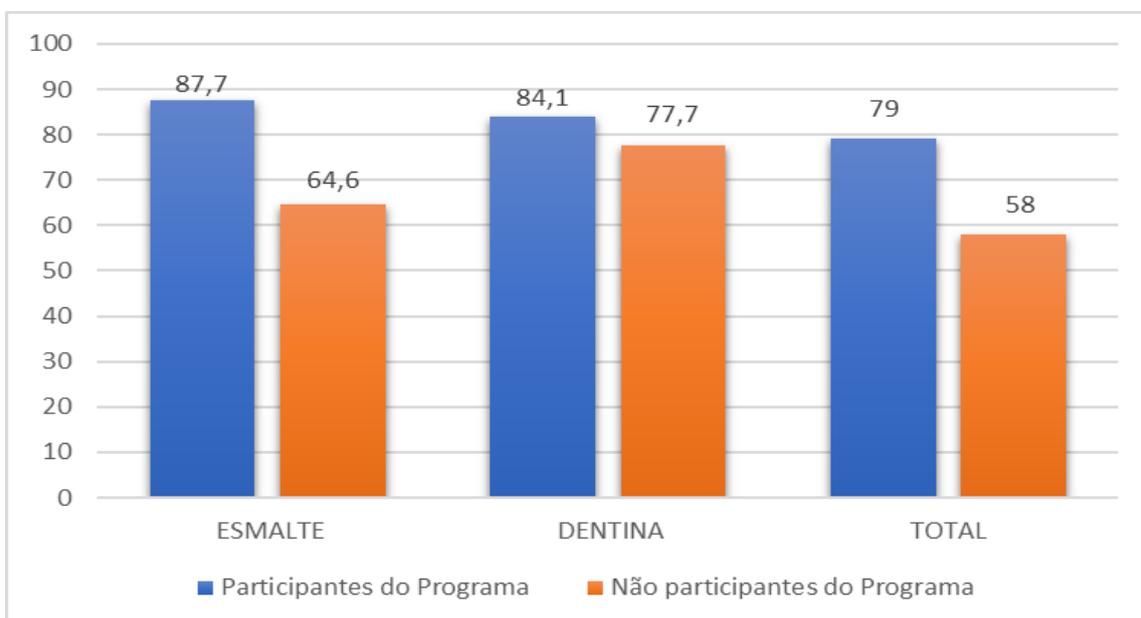
<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sexo	Feminino	172	48,86
	Masculino	180	51,14
Etnia*	Branca/ outras	48	14,77
	Parda/ Preta	277	85,23
Demanda Aberta	Sim	44	12,5
	Não	308	87,5
Escolaridade da mãe	≤1º grau	197	58,46
	>1º grau	140	41,54
Situação Conjugal	Solteiro/ viúvo/separado	65	18,68
	Casado/juntado/união estável	283	81,32
Nº de irmãos	Até 1	251	71,51
	>2	100	28,49
Nº de pessoas no domicílio	Até 4	252	75,0
	>5	84	25,0
Nº de cômodos	Até 4	203	58,17
	>5	146	41,83
Bolsa Família	Sim	152	44,31
	Não	191	55,69
Pré-natal	Sim	340	98,27
	Não	6	1,73
Nº de consultas de pré-natal	Até 7	112	34,35
	>8	214	65,64
Parto	Normal	189	54,94
	Cesária	155	45,05
Apgar	Até 8	10	4,24
	>9	226	95,76
Peso ao nascer	Até 2499,99	24	7,43
	>2500,00	299	92,57
Imunização	Sim	291	89,26
	Não/ incompleta	35	10,74
Aleitamento materno exclusivo (6 meses)	Sim	228	66,09
	Não	117	33,91
Alimentação noturna	Sim	299	91,44
	Não	28	8,56
Adoçante (açúcar/mel)	Sim	138	69,34
	Não	61	30,65
Realiza higiene bucal	Sim	211	61,15
	Não	134	38,84
Frequenta creche	Sim	37	17,87
	Não	170	82,12

Escova compartilhada	Sim	41	13,49
	Não	263	86,51

Na análise bivariada de associação entre o programa (intervenção) e a incidência de cárie em esmalte, demonstrou que das crianças que participaram do programa, 87,7% crianças não tiveram novos casos (incidência) de cárie em esmalte e apenas 12,3% apresentaram novas lesões iniciais da doença cárie em esmalte. Das crianças que não participaram do programa, 64,6% permaneceram livres da doença cárie em esmalte e 34,4% tiveram cárie em esmalte. Esta associação foi estatisticamente significativa ( $p < 0,005$ ), conforme o Gráfico 01.

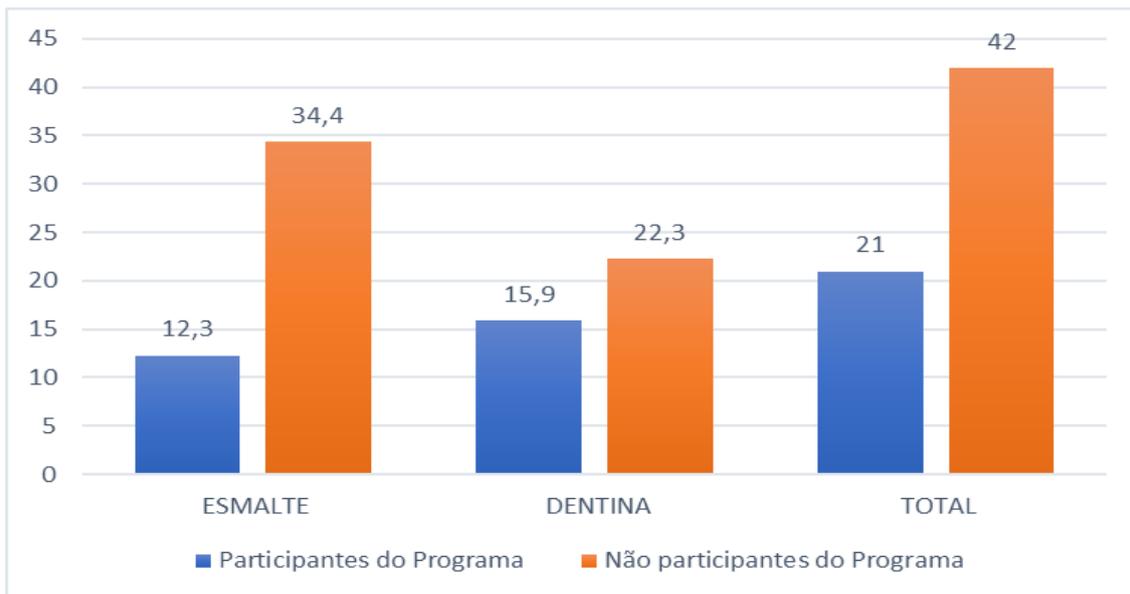
Considerando a incidência de cárie em dentina, o estudo demonstrou que 84,1% das crianças participantes do programa não tiveram novas lesões da doença cárie em dentina enquanto que apenas 15,9%, tiveram cárie mesmo participando do programa, de acordo com o Gráfico 01. E, das crianças que não participaram do programa, 77,7% não apresentaram novas lesões da doença cárie e 22,3% tiveram novas lesões da doença cárie em dentina, porém esta associação não apresentou significância ( $p = 0,128$ ). Observou-se que houve uma diferença entre a incidência de cárie em esmalte e dentina, sendo que a incidência de cárie foi maior em esmalte (34,4%) do que em dentina (22,3%) em crianças não participantes do programa, porém nas crianças participantes do programa, a incidência de cárie em dentina foi maior (15,9%) em comparação à incidência de cárie em esmalte (12,3%).

Gráfico 01 - Porcentagem de crianças da primeira infância livres de cárie associado à participação do Programa de Saúde Bucal, nas consultas subseqüentes após no mínimo 4 meses (T1), em Salvador-BA, no período de 2017 a 2019.



Ao analisar a incidência total, 79% das crianças que participaram do programa estavam livres de cárie (dentina e esmalte) e apenas 21% apresentaram cárie mesmo tendo participado do programa, enquanto que 42% das crianças que não participaram do programa, apresentaram novas lesões da doença cárie (dentina e esmalte), demonstrando ser estatisticamente significativa ( $p < 0,005$ ), de acordo com o Gráfico 02.

Gráfico 02 - Incidência de cárie em crianças da primeira infância associada à participação do Programa de Saúde Bucal, nas consultas subseqüentes após no mínimo 4 meses (T1), em Salvador-BA, no período de 2017 a 2019.



Na análise bivariada, considerando crianças participantes do programa, obtiveram associações significantes entre incidência de cárie e aumento da idade ( $p < 0,005$ ), número de pessoas no domicílio maior que 5 pessoas ( $p = 0,036$ ), imunização incompleta ( $p = 0,032$ ), duração do aleitamento materno exclusivo menor que 6 meses ( $p = 0,001$ ), alimentação noturna ( $p = 0,001$ ) e ausência da escovação na creche ( $p = 0,013$ ). Já para as crianças que não tiveram participação do programa, apenas a idade apresentou associação estatisticamente significativa ( $p < 0,005$ ), conforme a Tabela 08 abaixo.

Tabela 08- Frequências de associação da análise bivariada, entre crianças das USF com o programa e sem programa de saúde bucal na primeira infância, nas consultas subseqüentes após no mínimo 4 meses (T1), em Salvador-BA, de 2017 a 2019 ( $n = 352$ ).

Variáveis	USF Sem programa		P valor	USF com programa		P valor
	Sem incidência de cárie N (%)	Com incidência de Cárie N (%)		Sem incidência de cárie N (%)	Com incidência de Cárie N (%)	

Sexo						
Masculino	60	40		80,0	20,0	
Feminino	56,3	43,7	0,642	77,65	22,35	0,690
Idade						
<17 meses	<b>72,5</b>	<b>27,5</b>		<b>88,07</b>	<b>11,93</b>	
≥17 meses	<b>43,4</b>	<b>56,6</b>	<b>0,00</b>	<b>67,44</b>	<b>32,56</b>	<b>0,00</b>
Raça/cor						
Preta/ Parda	58,9	41,1		78,57	21,43	
Outras	40	60	0,116	79,74	20,26	0,889
Demanda Aberta						
Não	57,33	42,67		81,65	18,35	
Sim	71,43	28,57	0,451	78,97	21,03	0,069
Escolaridade do pai						
≤1º grau	64,62	35,38		72,94	27,06	
>1º grau	50,63	49,37	0,091	82,42	17,58	0,130
Escolaridade da mãe						
≤1º grau	60,71	39,29		80,53	19,47	
>1º grau	50,82	49,18	0,236	75,95	24,05	0,448
Renda familiar						
≥ 2,5 SM	68,29	31,71		80,33	19,67	
< 2 SM	54,17	45,83	0,121	77,39	22,61	0,651
Possui casa própria						
Sim	57,55	42,45		75,76	24,24	
Não	58,0	42,0	0,957	85,25	14,75	0,124
Número de pessoas no domicílio						
>4	58,26	41,74		<b>66,67</b>	<b>33,33</b>	
≤ 4	58,33	41,67	0,994	<b>81,75</b>	<b>18,25</b>	<b>0,036</b>
Recebe bolsa família						
Não	59,74	40,26		82,46	17,54	
Sim	57,53	42,47	0,784	73,42	26,58	0,134
Idade mãe						
>25	54,55	45,45		76,79	23,21	
≤ 25	60,81	39,19	0,436	81,93	21,03	0,381
No. Consultas pré natal						
≤7	57,84	42,16		80,36	19,64	
>7	63,16	36,84	0,568	78,38	21,62	0,744
Tipo parto						
Normal	60,92	39,08		79,41	20,59	
Césáreo/ outros	54,84	45,16	0,458	78,49	21,51	0,875
Situação imunização						
Atualizada	58,27	41,73		<b>82,24</b>	<b>17,76</b>	
Incompleta	37,50	62,50	0,251	<b>62,96</b>	<b>37,04</b>	<b>0,032</b>
Aleitamento materno exclusivo até 6 meses						
Sim	60,0	40,0		<b>86,73</b>	<b>13,27</b>	
Não	48,65	51,35	0,226	<b>67,50</b>	<b>32,50</b>	<b>0,001</b>
Mamadeira Exclusiva						
Não	51,89	48,11		66,67	33,33	
Sim	68,42	31,58	0,067	78,95	21,05	0,169

Uso de adoçantes						
Não	80,0	20,0	0,269	76,74	23,26	0,110
Sim	55,84	44,16		88,89	11,11	
Alimentação noturna						
Não	50,0	50,0	0,710	<b>100</b>	-	<b>0,001</b>
Sim	56,74	43,26		<b>75,95</b>	<b>24,05</b>	
Recebeu orientação higiene bucal						
Não	63,51	36,49	0,146	73,91	26,09	0,076
Sim	51,90	48,10		84,38	15,63	
Limpa os dentes e/ou gengiva						
Não	<b>69,09</b>	<b>30,91</b>	<b>0,025</b>	81,01	18,99	0,619
Sim	<b>50,52</b>	<b>42,76</b>		78,07	21,93	
Frequenta creche						
Não	58,87	41,13	0,123	79,25	20,75	0,599
Sim	42,31	57,69		75,0	25,0	
Realiza escovação na creche						
Não	38,89	61,11	0,122	<b>65,22</b>	<b>34,78</b>	<b>0,013</b>
Sim	61,11	38,89		<b>88,17</b>	<b>11,83</b>	

Na análise multivariada entre 3 modelos construídos, observou-se que não frequentar o programa representou um risco significativo ao aumento da incidência de cárie em crianças na primeira infância. A análise feita a partir de três modelos ajustados, identificou uma associação estatisticamente significativa com a idade, raça/cor, aleitamento materno exclusivo e a escovação na creche significativo ( $p < 0,005$ ). Também foi encontrada significância na associação entre as variáveis de ajuste, raça/cor, frequência à creche, idade, aleitamento materno exclusivo, escovação na creche e limpar a boca após a amamentação ( $p < 0,005$ ) e houve significância estatística na associação da raça/cor, idade, aleitamento materno exclusivo, escovação na creche e limpar a boca após a amamentação ( $p < 0,005$ ), conforme Tabela 09 abaixo.

Tabela 09- Análise multivariada confirmatória para a incidência de cárie e não participar do programa de atenção à saúde bucal na primeira infância, nas consultas subseqüentes após no mínimo 4 meses (T1), em Salvador-BA, de 2017 a 2019 (n=352).

<b>Modelos</b>	<b>RR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P valor</b>
Modelo 1 * <sup>1</sup>	6,01	2,34-15,39	<0,00
Modelo 2 * <sup>2</sup>	6,57	2,46- 17,51	<0,00
Modelo 3 * <sup>3</sup>	6,72	2,54- 17,76	<0,00

\*<sup>1</sup> Ajustado por idade, raça/cor, aleitamento materno exclusivo e realizar escovação dentária na creche; \*<sup>2</sup> Ajustado por raça/cor, frequência à creche, idade, aleitamento materno exclusivo, escovação na creche e limpar a boca após a amamentação; \*<sup>3</sup> Ajustado por raça/cor, idade, aleitamento materno exclusivo, escovação na creche e limpar a boca após a amamentação.

De acordo com os resultados encontrados na Tabela 09, a partir da intervenção com o Programa de Saúde Bucal na primeira infância, os riscos relativos acima de 6 evidenciam-se que não participar do Programa de Saúde Bucal na primeira infância, existe um aumento do risco de cárie seis vezes maior para crianças na primeira infância. Estes resultados demonstram que o Programa de Saúde Bucal na primeira infância da USF Canabrava possui um efeito protetor para a prevenção de cárie nesta faixa etária, reduzindo efetivamente a incidência de cárie nas crianças da primeira infância.

## 6 DISCUSSÃO

A Odontologia na primeira infância vem produzindo impactos positivos e potencialidades nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal, muitos estudos corroboram com os achados dessa pesquisa, afirmando a importância e impacto das ações preventivas de saúde bucal na primeira infância na redução da incidência de cárie (CHEN et al., 2019; ALVES et al., 2018; LARANJO et al., 2017; ASSUNÇÃO et al., 2015 e ABANTO et al., 2018).

Das 634 crianças da primeira infância deste estudo, a maioria eram do sexo masculino, predominância preta e parda, maior parte da amostra foi de crianças moradores da área de abrangência das USF. A literatura demonstra que diferentes raças apresentam associações significativas relativas à saúde bucal e que a cor da pele influencia o nível social, cultural e comportamental das pessoas, reforçando que ainda há discrepâncias socioeconômicas com a população preta, evidenciando as iniquidades que ainda persistem no Brasil e que também, a cultura de cada pessoa pode interferir na sua motivação bem como nas suas respostas aos cuidados de saúde e à adoção dos cuidados em saúde (TIWARI e ALBINO, 2017; CHIAPINOTTO et al., 2013).

Quanto ao perfil socioeconômico, mais da metade das mães estudaram até o primeiro grau completo, e seus pais, a maior parte estava casado, com união estável ou juntado. Quanto à moradia, quase a metade das crianças residiam em domicílio com até 4 cômodos e a maior parte das famílias não recebiam bolsa família. A maioria das crianças já tiveram acesso ao açúcar, realizavam alimentação noturna e mais da metade não realizavam limpeza da cavidade bucal. A prevalência de cárie dentária foi de 13,64% e os fatores associados à presença de cárie dentária, foram a maior idade da criança, menor número de cômodos da casa, famílias que recebem o benefício Bolsa Família, número adequado de consultas do pré-natal, o peso adequado ao nascer e o aleitamento materno exclusivo.

Dentre as crianças que participaram do estudo longitudinal, na análise bivariada de associação entre a intervenção (programa) e a incidência de cárie em esmalte, demonstrou que a maioria das crianças que participaram do programa, não tiveram novos casos (incidência) de cárie em esmalte e apenas 12,3% apresentaram novas lesões iniciais da doença cárie em esmalte. Das crianças que não participaram do programa, 34,4% tiveram cárie em esmalte, sendo esta associação estatisticamente significativa. Já a incidência de cárie em dentina, a associação não apresentou significância. Ao analisar a incidência total, a maioria das crianças que participaram do programa estavam livres de cárie (dentina e esmalte) e apenas 21% apresentaram cárie mesmo tendo participado do programa, enquanto que 42% das crianças que não participaram do programa, apresentaram novas lesões da doença cárie (dentina e esmalte), demonstrando ser estatisticamente significativa.

O aumento da idade, o número de pessoas no domicílio maior que 5 pessoas, a imunização incompleta, a duração do aleitamento materno exclusivo menor que 6 meses, a alimentação noturna e a ausência da escovação na creche obtiveram associações significantes entre incidência de cárie e participação do programa de saúde bucal da criança, na análise bivariada. Já para as crianças que não tiveram participação do programa, apenas a idade apresentou associação estatisticamente significativa.

A prevalência de cárie em crianças da primeira infância vem sendo estudada em muitos países, com diversas situações epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, portanto apresenta-se com uma grande variação, em crianças da primeira infância (ASSUNÇÃO et al., 2015; PERCIVAL et al., 2019; GHAZAL et al., 2015). Neste estudo, a prevalência de cárie foi de 13,64%, e existe associação estatisticamente significativa do aumento da prevalência de cárie com a idade da criança, dada à natureza cumulativa da doença, concordando com os resultados de estudos semelhantes (PERCIVAL et al., 2019; GHAZAL et al., 2015; STEPHEN et al., 2015).

É quase unânime entre os estudos mais recentes que a idade está fortemente associada ao aumento da prevalência de cárie (STEPHEN et al., 2016; GOPAL et al., 2016; GHAZAL et al., 2015; HOFFMEISTER et al., 2015; KURIAKOSE et al., 2015). Dada às variações das prevalências de cárie em diversos países, como também em diversos estados brasileiros, torna-se pertinente priorizar estratégias de prevenção e promoção da saúde bucal na primeira infância na Atenção Básica, através da ESF.

A maioria dos estudos evidencia que a CPI também está fortemente associada a fatores socioeconômicos, como renda familiar, escolaridade, número de filhos e até

mesmo a necessidade de tratamento odontológico da mãe, confirmando os achados desse estudo que encontraram fatores socioeconômicos associados à cárie precoce (GOPAL et al., 2016; MOIMAZ et al., 2014). Alkhtib et al. (2016) complementa que o baixo nível socioeconômico pode produzir uma falta de conscientização das famílias com a prevenção e tratamento de doenças bucais na primeira infância. Baggio et al. (2015) identificaram a CPI como um marcador de desigualdades sociais, afirmando que o nível socioeconômico está associado ao aumento da prevalência de cárie.

Cerca de metade da amostra desse estudo, apresentou como rendimento familiar um salário mínimo, limitando estas crianças às possibilidades de cuidados com a saúde bucal, quando comparadas a crianças inseridas num nível socioeconômico elevado. Assim, de acordo com a literatura, crianças inseridas num nível socioeconômico baixo, apresentam mais dentes cariados, quando comparadas a crianças com um nível socioeconômico médio ou alto (WAGNER e HEINRICH-WELTZIEN, 2017). Também os estudos de Sun et al. (2017) corroboram com esta evidência, uma vez que mostraram que com o aumento do rendimento anual de uma família, a CPI foi gradualmente reduzida e Lopes et al. (2015) afirmaram que a interação de fatores socioeconômicos, comportamentais e biológicos podem contribuir para o aumento da prevalência de cárie, ou seja, a associação de baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade dos pais e comportamento inadequado geram agravamento da cárie.

A escolaridade dos pais também está relacionada à CPI, conforme estudos de Chaffee et al. (2014), as precárias condições socioeconômicas das mães refletem no acesso à informação, quanto menor a escolaridade das mães, maiores chances de cárie, pois estas mães não recebem orientações suficientes de higiene bucal e alimentação para os cuidados com a saúde bucal da criança. Stephen et al. (2015) também identificou que pais analfabetos possuem crianças com maior predisposição à cárie precoce.

Neste estudo, 89,01% das crianças cujas mães tinha escolaridade maior que o ensino médio, estavam livres de cárie, porém não foi estatisticamente significativa, concordando com o estudo de Fan et al. (2016), que também não encontrou associação entre nível educacional dos pais com aumento da cárie em crianças da primeira infância.

Sabe-se que as mães são as principais promotoras tanto da correta higiene bucal por parte das crianças, como dos hábitos alimentares. Por outro lado, mães que tenham concluído o ensino médio ou superior apresentam maiores conhecimentos relativos a saúde bucal. Deste modo, espera-se que quanto maior o grau de escolaridade dos pais, melhor vai ser a informação que vão passar aos seus filhos, porém considera-se também

outras fatores que influenciam no cuidado em saúde bucal (BEGZATI et al., 2014). Sakalauskiene et al (2015) observaram que uma menor prevalência de CPI estava associada a maiores níveis de escolaridade dos pais, em especial a escolaridade da mãe.

Neste estudo, foi encontrada associação estatisticamente significativa com a cárie, o menor número de cômodos da casa onde a criança reside e como fator de proteção, o recebimento de auxílio Bolsa Família, Stephen et al. (2015) reforça este achado afirmando que a assistência social melhora as condições econômicas da família, influenciando melhores cuidados com a saúde bucal. Calvasina et al. (2018) também concordaram afirmando que crianças de famílias que recebem o Bolsa Família por mais de 2 anos, possuem 78% de menores chances de ter cárie do que crianças que nunca receberam tal benefício, porém a prevalência de cárie em crianças de famílias que recebem este benefício ainda é considerada alta, 40%. Em contrapartida, o estudo de Lee et al. (2015) não encontrou associação dos fatores socioeconômicos com a cárie dentária na primeira infância.

Outros achados interessantes relacionando fatores socioeconômicos com a cárie foram identificados no estudo de Moimaz et al. (2014) como o número alto de pessoas no domicílio, de irmãos ou crianças na família associados ao aumento do risco de cárie e a saúde bucal da mãe. Goldfeld et al. (2019) sugeriram que o governo deve garantir acesso à prevenção e cuidados odontológicos para as famílias economicamente desfavorecidas, pois estas possuem maiores chances de ter crianças com cárie.

Diante deste diagnóstico da saúde bucal da criança encontrados neste estudo, nota-se a relevância de maiores investimentos e estímulo a estratégias de promoção da saúde bucal da criança e prevenção de agravos bem como de medidas de intervenção, tratamento e acompanhamento, visto que as desigualdades socioeconômicas influenciam no acesso à odontologia, dificulta o acompanhamento da saúde bucal, conforme o estudo de Fan et al., (2016) que encontraram cárie recorrente após tratamento odontológico em 50 % das crianças de baixa renda.

Concordando com os resultados deste estudo, Abanto et al. (2018) afirmam que os primeiros mil dias de uma criança é como uma “janela de oportunidades”, momento especial para a adoção de hábitos e escolhas de vida que vão influenciar na saúde bucal na primeira infância, portanto quanto mais cedo iniciar os cuidados com a saúde bucal da criança, melhores seus indicadores de saúde e maior possibilidade de impactos na redução da incidência de cárie, conforme demonstrado neste estudo.

Moimaz et al. (2018) afirmaram que as ações de saúde materno infantil precisam ser monitoradas e qualificadas, garantindo o acesso ao pré-natal e puericultura, como também o pré-natal odontológico. As equipes da ESF têm a responsabilidade de desenvolver ações educativas com foco na conscientização das famílias sobre a prevenção de agravos e promoção da saúde. As intervenções realizadas com gestantes ou mães podem melhorar a conduta delas frente aos determinantes do comportamento dentário, minimizando as insuficiências do conhecimento de saúde bucal da criança no que tange á alimentação noturna e á higiene bucal (OCEK et al., 2020).

A quantidade de consultas de pré-natal adequada mostrou-se como fator relevante para que as gestantes recebam as orientações necessárias para os cuidados com a saúde da criança, também evidenciado no presente estudo reforçando a necessidade do acompanhamento do pré-natal para diminuir os riscos de cárie dentária. A maioria das mães deste estudo realizou pré-natal, demonstrando que esta prática, desempenha um papel importante na prevenção da CPI, na medida em que são efetuados os tratamentos odontológicos necessários à mãe e lhes é transmitida informação relativa a cuidados de higiene bucal da criança. Assim, é de especial relevância estarem informadas da importância da saúde bucal tanto para mães quanto para a criança (WAGNER e HEINRICH-WELTZIEN, 2017; OLAK et al., 2018; SILVA et al., 2020; HENDAUS et al., 2020).

Muralidharan e Merril (2019), Silva et al. (2020) e Albasry et al. (2019) demonstraram que ainda é baixa a adesão das gestantes ao pré-natal odontológico e que a maior parte delas possuem medo do tratamento odontológico e muitas só vão ao dentista quando ter algum problema, ou seja, os mitos e crenças equivocadas ainda persistem e permanecem como barreiras ao cuidado integral da gestante. Mesmo com poucos estudos na literatura sobre o acesso e uso dos serviços odontológicos durante a gravidez, os profissionais devem investir na conscientização e sensibilização das gestantes para a segurança no tratamento odontológico, produzindo serviços mais eficientes e cuidado mais intergral, atingindo a melhoria da saúde bucal da criança (LIU et al., 2019; SILVA et al., 2020; MURALIDHARAN e MERRIL, 2019).

A sensibilização das mães e gestantes sobre os cuidados em saúde bucal da criança na primeira infância é um desafio, estudos mostram que ainda a maioria das gestantes (74,4%) nunca receberam estas informações, um pouco mais da metade (52%) sabiam sobre o momento ideal para iniciar a higiene bucal e quase metade (47,7%) sabiam que o leite materno noturno poderia causar malefícios (HENDAUS et al., 2020).

Um pouco mais da metade (54%) desconhecem a necessidade de escovação dos dentes da criança, apesar da maioria (90%) estar conscientes de que a saúde bucal pode afetar o bem-estar geral de todo o corpo da criança e poucas (47%), realizam a higiene bucal adequada duas vezes ao dia, na prática. Demonstrando que as equipes odontológicas precisam realizar mais programas educativos para sensibilizar e divulgar as orientações adequadas às mães e gestantes, principalmente para ampliar o pré-natal odontológico (NAPOLEÃO et al., 2018; ALKHTIB e MORAWALA, 2018).

Dada a importante associação da condição de saúde bucal da gestante com a saúde bucal da criança na primeira infância, torna-se pertinente investir na melhoria das condições odontológicas das mães, pois Olak et al. (2018) e Deghatipour et al. (2019) afirmam que a saúde bucal materna está significativamente associada ao estado de saúde bucal da criança e uma condição de saúde bucal da mãe insatisfatória vai influenciar na precária saúde bucal dos filhos, pois as crianças seguem os hábitos da mãe, principalmente os hábitos alimentares. Portanto, observa-se a necessidade dos cuidados integrais à saúde gestacional, considerando a nutrição relevante no período do pré-natal (GOMES et al., 2019).

As condições de saúde bucal de crianças na primeira infância estão relacionadas aos hábitos alimentares, principalmente pela ingestão de sacarose, que aumenta esta probabilidade em crianças de vulnerabilidade social (NUNES et al., 2014). Foi identificado nesse estudo que 90,76% já tiveram acesso ao açúcar, porém não foi encontrada associação estatisticamente significante, discordando dos resultados de vários estudos (ALJARALLAH et al., 2018; CHAFFEE et al., 2014; NAKAYAMA e MORI, 2015; PELTZER e MONGKOLCHATI, 2015). Ghazal et al. (2015) afirmam que o consumo de alimentos açucarados mais de 1 vez ao dia, aumenta em 9,2% a chance da criança ter cárie, Chaffee et al. (2014) também encontrou dados relevantes, 95% das crianças que possuem alimentação cariogênica, possui cárie.

Neste estudo, o aleitamento materno teve associação estatisticamente significante como fator protetor contra a cárie, confirmando os achados de Majorana et al. (2014) e Cidro et al. (2015) que identificaram associação do aleitamento materno com a diminuição da cárie precoce nesta faixa etária e que as gestantes e mães precisam ser orientadas para manter o aleitamento materno e promover a saúde da criança. Entretanto, alguns estudos identificaram o contrário, aleitamento materno associado ao aumento da cárie. Kato et al. (2015) em um estudo de base populacional com mais de 43

mil crianças de 6 meses, observaram que o aleitamento exclusivo e o misto por mais de 6 meses contribuem para o aumento da prevalência de cárie.

Nakayama e Mori (2015) mostraram que há evidências de associação entre a amamentação noturna com a prevalência de cárie precoce. Neste estudo, 92,84% das crianças realizavam alimentação noturna, porém não houve associação estatisticamente significativa. Estas contradições são importantes para analisar que a problemática da cárie é complexa e envolve o contexto socioeconômico e cultural em que a criança está inserida e que ainda não há consenso científico definitivo sobre a cariogenicidade do leite materno.

Quanto aos hábitos de higiene bucal, os resultados deste estudo mostraram que 56,19% das crianças da pesquisa não realizavam a limpeza da cavidade bucal e este indicador de bons hábitos de higiene bucal não apresentou associação estatisticamente significativa com o aumento da cárie. Gomes, Mendes e Bernardo (2015) em estudo com 165 crianças, também não encontrou associação significativa entre cárie e os hábitos de higiene, confirmando os achados desse estudo, porém contrariando os resultados de outro estudo (PELTZER e MONGKOLCHATI, 2015). Esta realidade encontrada neste estudo pode se relacionar ao uso de dentifrícios fluoretos, como também fatores genéticos, dentre outros, visto que se trata de uma doença multifatorial. É importante incluir nas ações educativas de promoção da saúde e prevenção de agravos, temas relacionados com a higiene bucal e os programas educativos e preventivos são imprescindíveis para a inclusão dos hábitos de higiene bucal na primeira infância (BAGGIO et al., 2015; FAN et al., 2016; ALKHTIB et al., 2016; KURIAKOSE et al., 2015).

Kuriakose et al. (2015) evidenciaram que 76,1% das crianças com hábitos de escovação 2 vezes ao dia, estavam livres de cárie e que estes hábitos de escovação são modelados no âmbito familiar. Nunes et al. (2014) identificaram a escovação dentária como fator protetor num grupo de baixo risco de cárie, enquanto que neste estudo não foi encontrada associação estatisticamente significativa. Aljarallah et al. (2018) e Gopal et al. (2015) acrescentam sobre a importância do uso do flúor nos dentifrícios como fator protetor.

Embora a maioria dos participantes refiram limpar a boca da criança, mais de um quarto não receberam orientação sobre os cuidados de higiene. Comprovou-se que o aumento das informações sobre os cuidados de saúde oral, reduz significativamente a CPI (KRESSIN et al., 2009). Dos que mencionaram receber orientação, a maior parte

foi fornecida por médicos/enfermeiros, demonstrando a importância da equipe ampliada nos cuidados com a saúde bucal da criança.

Considerando as crianças edêntulas, constatou-se que 37,7% utiliza água para limpar a cavidade oral e as outras utilizam dentífricos com ou sem flúor. Atualmente existe controvérsias relacionada à higiene bucal de crianças edêntulas, podendo ser realizada após a amamentação, com uma dedeira de silicone ou com uma gaze ou fralda embebida em água limpa. Jurgensen e Petersen (2009) defendem que crianças da primeira infância que recebem higienização nesta fase apresentam menor risco de apresentar doenças bucais, principalmente a candidíase, sofrem menor desconforto na erupção dos primeiros dentes e apresentam menor incidência de CPI.

De acordo com a literatura, a prevenção da CPI deve promover a escovação dentária supervisionada, com dentífrico fluoretado, a partir da erupção do primeiro dente, na medida em que o flúor tem um papel importante no processo de remineralização do esmalte (CAREY, 2014; SUN et al., 2015). Nas crianças que possuem dentes, comprovou-se que 34,8% realizava a escovação com a dentífrico sem flúor, ou seja, os pais/responsáveis ainda não estão devidamente orientados quanto ao uso correto do dentífrico fluoretado.

Neste estudo, apenas 43,1% das crianças escovavam os dentes duas vezes por dia, demonstrando percentual inferior ao esperado já que estudos comprovam que a escovação deve ser feita, no mínimo, duas vezes por dia para obter benefício eficaz na prevenção da cárie (NI, et al., 2017; SHAGUAGHIAN e ZERAATKAR, 2017). Embora tenha encontrado neste estudo, que a maioria dos pais/responsáveis escovam os dentes das crianças, quase um quarto das crianças escovam os próprios dentes, e a literatura evidencia que crianças menores de 3 anos de idade não apresentam grau de motricidade fina suficientemente desenvolvida para escovar autonomamente os seus dentes (SHAGUAGHIAN e ZERAATKAR, 2017). Os pais/responsáveis devem ser os responsáveis pela escovação dos dentes das crianças, de modo a aumentar a eficácia da limpeza e a remoção da placa bacteriana, como também com apoio e incentivo para a escovação correta até aos 6 a 7 anos (NI, et al., 2017; SHAGUAGHIAN e ZERAATKAR, 2017).

Na classificação geral sobre a higiene bucal adequada, quando analisadas as variáveis que foram usadas para determinar a “higiene bucal adequada”, nos edêntulos, verificou-se que 37,7% utilizavam água, 78,8% escovavam com a frequência adequada e 76,4% das crianças eram supervisionadas pelos pais/cuidadores. No entanto, quando

somadas estas três variáveis, verificou-se que apenas 24% dos edêntulos com higiene bucal adequada. Nas crianças com dentes presentes, 34,8% usavam corretamente pasta com flúor, 69,7% escovavam com a frequência apropriada e em 86% a escovação era feita por pessoas adequadas. Ao somar as três, verificou-se que 22,3% das crianças com dentes com higiene bucal adequada.

Portanto, os resultados deste estudo não foram satisfatórios quanto à higiene bucal na primeira infância, pois apresentaram resultados baixos de higiene bucal adequada. Estes dados permitem inferir que é necessário consciencializar os pais de que a higiene bucal adequada é caracterizada não só por uma medida isolada, mas sim por um conjunto de práticas que têm de ser feitas simultaneamente, confirmando os achados dos estudos. (MONTE et al., 2015; SOUZA et al., 2017).

Em relação à água tratada, cerca de 2,8% da amostra não possuía água tratada, embora seja uma percentagem reduzida, esta é uma medida preventiva que deve ser adotada em todas as residências, uma vez que no que diz respeito à prevenção da cárie, a exposição a água fluoretada é eficaz na prevenção desta doença. Tal fato deve-se ao fornecimento de flúor em doses reduzidas de modo contínuo, ao biofilme e às lesões incipientes de cárie nas águas de abastecimento público (CAREY, 2015; CRUZ e NARVAI, 2018). Allukian et al. (2018) e Spencer, Do e Ha (2018) confirmaram que a fluoretação da água de abastecimento público é uma grande conquista da Saúde Pública na redução da cárie dentária, comprovando a eficácia contínua da fluoretação em crianças com resultados consistentes, mesmo ajustando os fatores socioeconômicos, porém ainda existem muitas cidades sem fluoretação e sem a quantidade ideal de flúor.

Muitos estudos afirmam que a melhoria dos hábitos de higiene bucal, bem como a diminuição da prevalência de cárie nesta faixa etária são potencializados através do acesso ao dentista, quanto maior o acompanhamento da saúde bucal da criança com o dentista menor a possibilidade de experiência de cárie (GOPAL et al., 2015; KURIAKOSE et al., 2015; ALKHTIB et al., 2016; FAN et al., 2016; NUNES et al., 2014). O estudo de Galego-Gomez e Franco-Cortés (2019) afirma que o acesso à atenção odontológica está associada a desigualdades sociais, falhas estruturais no sistema de saúde e crenças e valores culturais familiares e profissionais.

A participação das crianças da primeira infância no programa de saúde bucal na primeira infância da USF Canabrava, em Salvador-BA, neste estudo, se mostrou como fator de proteção para cárie dentária, visto que, na análise bivariada entre a intervenção (programa) e a incidência de cárie, evidenciou-se que a maioria das crianças que

participaram do programa, não tiveram novos casos de cárie. Das crianças que não participaram do programa, 42%, apresentaram novas lesões da doença cárie (dentina e esmalte), demonstrando ser estatisticamente significativa. Confirmando os achados de diversos estudos, no Brasil e no mundo, sobre a eficácia dos programas de saúde bucal da criança (ALVES et al., 2018; AZEVEDO et al., 2015; PINTO et al., 2015; LEMOS et al., 2011). Entretanto, o estudo de Barbosa et al. (2013) avaliaram como ineficaz um programa de atenção em saúde bucal para crianças, considerando que os indicadores biológicos encontrados não demonstraram redução da cárie na primeira infância, evidenciando limites da metodologia da intervenção realizada.

Os autores Alves et al. (2018) encontraram resultados semelhantes a este estudo, pois demonstraram que os programas sistematizados de cuidados infantis são mais efetivos do que o atendimento de demandas espontâneas nessa faixa etária e mostrando que no grupo de crianças que participaram efetivamente do programa por 30 meses, obteve  $ceo-d=0,5$  enquanto que no grupo de crianças que nunca participaram do programa, obteve  $ceo-d=3,3$ , confirmando o potencial preventivo do programa desenvolvido neste estudo. Portanto, as crianças que participaram dos programas, tiveram menores chances de cárie, gengivite e menos hábitos prejudiciais.

Sias e Rodrigues (2017) reforçam os achados desse estudo, afirmando que para a redução efetiva da cárie, torna-se necessário a integração de várias intervenções que envolvam a escola, a família e a criança, a tríade criança-pais-escola tem potencialidade como estratégia promotora de aprendizados e mudanças de comportamentos relacionados à higiene bucal e saúde bucal. Silva (2018), Vasconcellos (2018) e Sigaud et al. (2017) acrescentaram que as ações de promoção em saúde bucal no ambiente escolar, geram resultados significativamente positivos, pois favorecem o envolvimento da criança ao construir novos conhecimentos, facilitando a mudança do hábito.

A educação odontológica no âmbito escolar é de fácil implementação, possui eficácia para melhorar a prática e as habilidades do autocuidado oral em crianças e permite que seja incorporada na educação geral, portanto apresenta-se como uma excelente estratégia de prevenção em saúde bucal (LOPÉZ-NUNEZ, ALEKSEJUNIENE e VILLANUEVA-VILCHIS, 2019). Os efeitos a longo prazo da prevenção intensiva em saúde bucal da criança, como escovação supervisionada regular com flúor gel possui efeitos positivos, pois produz treinamentos regulares com apoio

profissional capaz de reduzir as iniquidades sócioeconômicas da distribuição da cárie, contribuindo na prevenção (WINTER et al., 2018).

As ações educativas na infância de modo geral enfatizam a promoção da saúde bucal e prevenção, melhorando os hábitos de higiene bucal e alimentares das crianças e quando estas ações são realizadas no âmbito escolar, pode favorecer ainda mais esta prática, sendo um excelente ambiente para estimular as crianças a desenvolverem boas práticas de saúde, como nos estudos de Sena et al. (2018) e Lima et al. (2019). Porém, vale ressaltar o papel e responsabilização do cirurgião-dentista na atualização dos avanços das metodologias educativas, entendendo melhor o modelo libertador de educação em saúde, sendo o mais adequado por promover autonomia para a coletividade, de modo mais efetivo e que os objetivos sejam cumpridos, senão as estratégias terão falhas (MONTE et al., 2013; BARBOSA et al., 2013).

Diversos estudos experimentaram uma variedade de metodologias para a prevenção da cárie em crianças na primeira infância, como leites fluoretados, selantes bianuais, escovação supervisionadas, restaurações provisórias, vernizes fluoretados e aplicação tópica de flúor gel, obtendo resultados eficazes na redução da cárie em crianças, principalmente quando a intervenção é realizada a longo prazo (WAGNER et al., 2020; GASOYAN et al., 2019; RUFF, SAXENA e NIEDERMAN, 2020; MARINO et al., 2018). Crianças que recebem atendimento odontológico contínuo e com início ao nascimento, no futuro apresentarão melhor saúde bucal com menor possibilidade de perdas dentárias precoces de dentes decíduos e menor necessidade de tratamento odontológico até 8 anos de idade, portanto é válido o programa de saúde bucal na primeira infância, concordando com este estudo (WAGNER et al., 2020).

Ruff, Saxena e Niederman (2020) afirmaram que mesmo ainda desconhecida a combinação ideal de intervenções, frequência de atendimentos e duração dos programas escolares de prevenção de cárie em crianças, é relevante investir em programas preventivos em crianças, pois reduzem as chances de cárie nesta faixa etária, confirmando os achados deste estudo pois a participação das crianças no programa, reduziu a incidência de cárie na primeira infância.

Outros espaços também são utilizados para as intervenções de promoção da saúde bucal e prevenção na primeira infância, como as Universidades em que há o atendimento multiprofissionais à criança, no qual a equipe odontológica pode realizar ações potenciais. Como nos estudos de Abanto et al. (2014) e Lemos et al. (2011), em que foi desenvolvido uma bebê-clínica com acompanhamento longitudinal da saúde

bucal dessas crianças e identificaram incidência baixa de cárie nas crianças que participaram do programa 5,2% e 22%, respectivamente, concordando com os resultados deste estudo.

Abanto et al. (2016) identificaram a efetividade de um programa preventivo para cárie dentária em crianças, em São Paulo, confirmando que houve significativa redução da incidência de placa e de cárie após o programa com estratégias preventivas educativas com instrução de higiene bucal e orientação da dieta, além da ênfase na técnica de escovação e aplicação tópica de flúor. O controle da cárie é desafiador principalmente para crianças, pois exige uma mudança do comportamento, portanto é importante o manejo de um sistema de intervenções coordenadas de assistência à saúde bucal em busca do autocuidado dos pacientes e seus familiares (NG e FIDA, 2016).

O acompanhamento longitudinal da saúde bucal das crianças é importante, pois as consultas de retorno reforçam os hábitos saudáveis de higiene bucal e alimentares e a realização periódica de profilaxia, e higiene bucal supervisionada com aplicação tópica de flúor, ampliar ainda mais as medidas preventivas e evidencia a relevância dos achados neste estudo (PINTO et al., 2015; LEMOS et al., 2011).

A atenção Básica, através das USF também é um espaço bastante potencial, oportuno para serem desenvolvidas intervenções em prol da promoção da saúde bucal e prevenção de agravos na primeira infância, conforme realizado neste estudo e reforçado nos estudos de Alves et al. (2020); Pinheiro, Moura e Tarja (2019), Pereira et al. (2012), Souza et al. (2013); Szpilman et al. (2012), Souza et al. (2011), Stocco e Baldani (2011), Machado et al. (2011), Siqueira et al. (2010), demonstrando resultados satisfatórios na melhoria da saúde bucal na primeira infância.

A utilização de espaços estratégicos na ESF, permitindo a ampliação do acesso da população ao conhecimento em saúde bucal, é uma potencialidade para inserir e conscientizar a população de que a odontologia é parte integrante da saúde geral de igual importância e que podem ser discutidas durante a consulta médica ou de enfermagem, nutrição, dentre outros profissionais (SOUZA et al., 2013; SOUZA et al., 2011; MACHADO et al., 2011). O programa de saúde bucal comunitário realizado em bairros com condições sócioeconômicas desfavorecidas realizado na Turquia, foi significativo pois foi capaz de fornecer uma diferença em relação aos determinantes do comportamento relacionado ao conhecimento em saúde bucal, porém apresenta efeito limitado no comportamento dos pais e na saúde bucal das crianças pois o conhecimento

em saúde bucal é insuficiente para modificar comportamentos prejudiciais (OCEK et al., 2020).

A parentalidade em saúde bucal ainda é um desafio pois a saúde bucal das crianças se compõe a partir do comportamento em saúde bucal de seus pais, sua história social, experiências dentárias passadas e influências culturais familiares, produzindo pais que priorizam a saúde bucal dos filhos e os que não acham necessário esta priorização, dada a menor alfabetização, baixa conscientização e falta de conhecimento de cuidados preventivos de higiene bucal (NAYEE et al., 2018; CALCAGNILE et al., 2019).

Dos fatores associados à utilização dos serviços odontológico por crianças na primeira infância, a escolaridade e percepção dos pais quanto à saúde bucal dos seus filhos está em destaque, considerando a necessidade de saúde bucal percebida pelos pais fundamental para priorizar a criança para o atendimento odontológico (CURI, FIGUEIREDO e JAMELLI, 2018). Calcagnile et al. (2019) também corroboram com este estudo, apontando que os pais ainda não estão esclarecidos quanto à saúde bucal de seus filhos, tornando imprescindíveis os programas de saúde bucal para esta faixa etária. Porém, a responsabilidade também é da equipe de saúde bucal e dos governantes, principalmente na ESF, pois há fatores inerentes à priorização de políticas e programas de saúde bucal na primeira infância (CURI, FIGUEIREDO e JAMELLI, 2018).

Ismail et al. (2018) apontaram a importância da orientação odontológica precoce para evitar ou reduzir a incidência de cárie em crianças de 2 a 3 anos a partir de um programa envolvendo esta faixa etária, pois este tipo de programa possui a tendência de influenciar os seus irmãos de 4 a 5 anos, bem como as mães. Entretanto, em crianças de baixo risco, essa redução da incidência não é tão significativa nesta faixa etária de 2 a 3 anos, contrariando os resultados deste estudo (DEHAILAN e MARTINEZ-MIER, 2019).

Alves et al. (2020) reforçaram que as intervenções precoces são importantes para evitar perdas dentárias em crianças, Pinheiro, Moura e Tarja (2019) e Siqueira et al. (2010), apontaram poucas intervenções voltadas para crianças na primeira infância nas USF e falta de motivação dos pais com estes cuidados, sugerindo que as equipes devem fazer a busca ativa dessas crianças para o cuidado em saúde bucal. Portanto, é imprescindível sensibilizar e conscientizar os pais e responsáveis sobre a importância da alimentação saudável e higiene bucal adequada nesta idade, precisa aumentar o vínculo entre equipe e família, aumentar a co-responsabilização e aumentar o conhecimento dos

pais e responsáveis sobre a saúde bucal e as estratégias de controle, prevenção e promoção (PEREIRA et al., 2012).

Neste estudo, o aumento da idade, o número de pessoas no domicílio maior que 5 pessoas, a imunização incompleta, a duração do aleitamento materno exclusivo menor que 6 meses, a alimentação noturna e a ausência da escovação na creche obtiveram associações significantes entre incidência de cárie e participação do programa de saúde bucal da criança, na análise bivariada. Já para as crianças que não tiveram participação do programa, apenas a idade apresentou associação estatisticamente significativa.

Ficou evidente que mesmo a criança tendo participado do programa preventivo, outras variáveis são potenciais para o desenvolvimento da cárie dentária, portanto torna-se relevante que a ESB faça a busca ativa de crianças faltosas, através do apoio dos ACS através das visitas domiciliares, visto que há muitos estudos que reforçam esta ação, comprovando os resultados deste estudo (PEREIRA et al., 2012). Andiesta et al. (2018) afirmaram que a visita domiciliar é potencial para a prevenção de cárie em crianças, pois permite o relacionamento contínuo com vínculo entre o dentista e a família em sem ambiente cotidiano, além de ter um custo efetividade positivo em relação á oferta de folhetos educacionais.

Homer et al. (2020) em estudo sobre o custo e a efetividade do tratamento odontológico em crianças, avaliaram três estratégias de manejo da cárie em crianças inglesas, apenas a preventiva, a convencional e a preventiva associada á biológica, e demonstraram que a intervenção preventiva- biológica, com remoção da cárie e restaurações provisórias com estímulos á recuperação biológica possuem mais benefícios e é mais eficaz para evitar a cárie nesta faixa etária. Entretanto, há uma escassez de estudos econômicos de saúde bucal infantil e a sua efetividade, mas é possível afirmar a importância da integralidade das intervenções, ou seja, os programas de saúde bucal da criança precisam estar integrados da prevenção ao tratamento clínico (ROGERS et al., 2019; HOMER et al., 2020).

A realidade da saúde bucal de crianças da primeira infância é preocupante, pois há uma polarização da doença, de forma que as crianças em situação de vulnerabilidade social são as mais acometidas e, quando acontece, é na forma mais severa da doença. No âmbito da Atenção Básica através da ESF, é possível avançar com a implantação de programas de atenção de saúde bucal precoce, tendo início ainda no pré-natal, de modo a fornecer a maior quantidade de orientações e esclarecimentos quando aos cuidados com a saúde bucal na primeira infância. A “Rede Cegonha”, rede de cuidados que

assegura a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e a “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”, incentivo a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças, são políticas públicas importantes são também grandes aliadas à prevenção da cárie dentária. Além disso, a partir dos resultados deste estudo, os fatores associados à cárie dentária estão relacionados ao cuidado integral da saúde da criança, desde o pré-natal, evidenciando a relevância da atuação integrada da equipe de saúde (médicos, enfermeiros e o cirurgião-dentista) e das políticas públicas “Rede Cegonha” e “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” e “Programa de Saúde na Escola”, “Bolsa Família” na prevenção da cárie dentária.

Evidenciou-se neste estudo que o acompanhamento longitudinal à saúde bucal na primeira infância pode prever o início das doenças bucais, como a cárie inicial de mancha branca, incentivando intervenções que vão evitar cavitações e mutilações dentárias em crianças. Espera-se com este estudo que as doenças bucais sejam identificadas precocemente e as ações preventivas e de promoção da saúde sensibilizem os pais e responsáveis das crianças e que através deste vínculo, adquiram melhores hábitos alimentares e de higiene bucal para desenvolver uma geração livre de cárie.

Considerando que a cárie é uma doença crônica multifatorial, alguns limites e desafios foram identificados neste estudo, como as fragilidades das respostas autoreferidas oferecendo as informações sobre a saúde bucal da criança e a gestação baseadas na memória dos familiares. A amostra foi inferior ao cálculo planejado, limitada às localidades com USF e à disponibilidade do profissional em participar da pesquisa, o que pode ter limitado os resultados das análises.

As perdas desse estudo, representado pelas recusas e pelo absenteísmo no Programa de Saúde Bucal na primeira infância da USF Canabrava, bem como nas outras USF que não existia o programa, demonstram que os motivos do não comparecimento das crianças para as consultas de retornos foram diversos, e não foram categorizados pois estas informações não foram coletadas. Dos registros podemos identificar algumas justificativas, como falta de interesse dos pais em dar continuidade ao acompanhamento longitudinal, mudanças de endereços, trocas de número dos telefones de contato, indisponibilidade da criança por frequentar creche em tempo integral, famílias moradoras em áreas de risco com impossibilidade de visita domiciliar, falta de ACS na área para acompanhar a visita domiciliar, dificuldades com o transporte oficial da prefeitura para realizar a visita domiciliar e até mesmo recusas sem justificativas. As questões socioeconômicas das famílias do estudo e das suas migrações sazonais e

alterações de número de telefone móvel demonstraram que podem influenciar na grande perda de amostra no seguimento longitudinal. Sugere-se mais estudos com análises qualitativas e com amostra mais abrangente, pois complementariam os resultados deste estudo.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste estudo mostraram que o “Programa de Saúde Bucal na primeira infância produziu impactos positivos e efetivos na redução da incidência de cárie em crianças na primeira infância, comprovando ser fator protetor para a cárie precoce em crianças. Ficou evidente também que o Programa é uma ferramenta potencial que aponta para o melhor planejamento estratégico em saúde, principalmente no âmbito da ESF, com foco na melhoria da saúde da criança.

Os resultados apontam que este tipo de atenção em saúde bucal deve ser priorizada como política pública, tornando-se pertinente investir nos programas de saúde bucal na primeira infância nas USF da Atenção Básica do município de Salvador, dada a sua efetividade e custos baixos para reduzir e controlar a cárie nesta faixa etária.

A identificação dos fatores associados como a idade da criança e o número de cômodos no domicílio, famílias que recebem o benefício “Bolsa Família”, o número de consultas do pré-natal, o peso ao nascer e o aleitamento materno exclusivo foi decisiva para a tomada de decisão no SUS. Estes achados reforçam a necessidade de priorização de intervenções integradas com atendimento clínico associado a ações educativas intersectoriais no âmbito da Saúde Pública, como também fortalece as ações e programas “Rede Cegonha” e “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”, “PSE” com o envolvimento de toda a equipe de saúde da família, colaborando com a melhoria das condições de saúde bucal na primeira infância.

Portanto, o Programa em Saúde Bucal na primeira infância na ESF possui uma perspectiva de melhorar os indicadores epidemiológicos da saúde bucal das novas gerações do município de Salvador, diminuir as necessidades acumuladas de tratamento, minimizar os fatores de risco para cárie dentária e maximizar os fatores de proteção e garantir o cuidado em saúde bucal precoce. As ações preventivas e de promoção da saúde possuem o potencial de sensibilizar os pais e responsáveis das crianças para adquirir melhores hábitos alimentares e de higiene bucal para desenvolver uma geração livre de cárie com qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABANTO, J.; BERTI, G. O.; MIGUITA, L.; BONECKER, M. Monitoring of caries disease risk assessments and activity. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol.* Porto Alegre, v.64, n.1, p. 70-8, jan./mar., 2016.
2. ABANTO, J.; CELIBERTI, P.; BRAGA, M. M.; VIDIGAL, E. A.; COSDESCHI, T.; HADDAD, A. E.; BONECKER, M. Effectiveness of a preventive program based on caries risk assessment and recall intervals on the incidence and regression of initial caries lesions in children. *Inter. Journal of Paed. Dent. nov.*, 2014.
3. ABANTO, J.; OLIVEIRA, E. P. S.; ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. A. Diretrizes para o estudo das condições nutricionais e agravos bucais dentro dos primeiros 1.000 dias de vida. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.72, n.3, p. 496-502, 2018.
4. ALBASRY, Z.; ALHADDAD, B., BENRASHED, M. A.; AL-ANSARI, A.; NAZIR, M. A. A Cross-Sectional Analysis of Dental Care Utilization Among Pregnant Women in Saudi Arabia. *Open. Access. Maced. J. Med. Sci.*, v.7, n.23, p.4131-6, dec., 2019.
5. ALHABDAN, Y. A.; ALBESHR, A. G.; YENUGADHATI, N.; JRADI, H. Prevalence of dental caries and associated factors among primary school children: A population-based cross-sectional study in Riyadh, Saudi Arabia. *Environm. Healt. Prev. Med.*, v.23, n.1, 2018.
6. ALJARALLAH, F.; ALGHANIM, H.; ALANAZI, A. Prevalence of Early Childhood Caries. *The Egyp. Journ. of Hosp. Med.*v.70, n.8, p.1259-65, 2018.
7. ALKHTIB, A.; GHANIM, A.; TEMPLE-SMITH, M.; MESSER, L.B.; PIRROTA, M.; MORGAN, M. Prevalence of early childhood caries and enamel defects in four and five-year old Qatari preschool children. *BMC Oral Health.* v.16, n.1, p.73-80.
8. ALKHTIB, A.; MORAWALA, A. Knowledge, Attitudes, and Practices of Mothers of Preschool Children About Oral Health in Qatar: A Cross-Sectional Survey. *Dent. J.*, v.6, n.51, 2018.
9. ALLUKIAN JÚNIOR, CARTER-POKRAS, M. O. D.; GOOCH, B. F.; HOROWITZ, A. M.; IIDA, H.; JACOB, H.; KLEINMAN, D. V.; KUMAR, J.; MAAS, W. R.; POLLICK, H.; ROZIER, R. G. Science, Politics, and Communication: The Case of Community Water Fluoridation in the US. *Annals of Epid.*, v. 28, p.401-10, 2018.
10. ALMEIDA, T. F.; VIANNA, M. I. P. Contexto familiar e saúde bucal de pré-escolares: uma revisão sistemática com ênfase nos fatores psicossociais. *Rev. Baiana de Saúde Públ.* v.37, n.3, p. 739-56, jul. /set., 2013.
11. ALVES, A. N. C.; BATISTA, F. M. A. Perda dentária precoce em escolares-projeto de intervenção. 12p. Trabalho de conclusão de curso. Especialização em saúde da família. Universidade Federal do Piauí (UFPI) 2020.

12. ALVES, A. P. S.; RANK, R. C. I. C.; VILELA, J. E. R.; RANK, M. S.; OGAWA, W. N.; MOLINA, O. F. Efficacy of a public promotion program on children's oral health. *J. Pediatr. (Rio de Janeiro)*, v.94, n. 5, p.518-24, 2018.
13. ALVES, F. B. T.; CHIBINSKI, A. C. R.; ABANTO, J.; RAGGIO, D. P. Alimentação do bebê nos dois primeiros anos de vida: o papel do cirurgião-dentista enquanto agente de promoção da saúde. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 51, n.3, p. 31-6, set./dez., 2010.
14. AMORIM, I. R. O. Cárie dentária em crianças pré-escolares: conhecendo o problema e buscando soluções. 107p. Dissertação. Mestrado em Odontologia (área de concentração Saúde Pública). Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Minas Gerais. 2018.
15. ANDIESTA, N. S.; HAMID, M. A.; LEE, K. K. C.; PAU, A. Dental home visits for caries prevention among preschool children: Protocol for a cost-effectiveness analysis on a randomized control trial. *Journ. of Med. Internet Research*, v.20, n.6, 2018.
16. ANIL, S.; AMAND, P. S. Early childhood caries: Prevalence, risk factors, and prevention. *Front. in Pediat.*, v.5, 2017.
17. ANOPA, Y.; MCMAHON, A. D.; CONWAY, D. I.; BALL, G. E.; MCINTOSH, E.; MACPHERSON, L. M. D. Improving child oral health: Cost analysis of a national nursery toothbrushing programme. *PLoS ONE*, v.10, n.8, 2015.
18. ARANGANNAL, P.; MAHADEV, S. K.; JAYAPRAKASH, J. Prevalence of dental caries among school children in Chennai, based on ICDAS II. *Journal of Clinical and Diag. Research*, v. 10, n. 4, p.9-12, 2016.
19. ARAÚJO, L. K. A.; ALEXANDRIA, A. K.; LETIERI, A. S.; SOARES, T. R. C. Cárie precoce da infância: uma visão atual em odontopediatria. *Revista Uningá. Edição Especial Odontologia*, v. 55, n. S3, 2018.
20. ASSIS, A. M. A. S. Programa de atendimento odontológico ao bebê na Estratégia de Saúde da Família. Unidade Básica de Saúde da Família Nova Esperança. 29p. Monografia. (Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família). 2011. Campo Grande. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.
21. ASSUNÇÃO, L. R. S.; VILELLA, K. D.; ROCHA, D. P.; MENEZES, S. L.; PINHEIRO, R. D. P. S.; NASCIMENTO, L. S.; PINHEIRO, H. H. C. Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA. *Rev. Assoc. Paul. Cir, Dent.*, v.69, n.1, p.74-9, 2015.
22. AZEVEDO, M. S.; ROMANO, A. R.; CORREA, M. B.; SANTOS I. S.; CENCI, M. S. Evaluation of a feasible educational intervention in preventing early childhood caries. *Brazilian oral research*, v.29, 2015.
23. BAGGIO, S.; ABARCA, M.; BDENMANN, P.; GEHRI, M.; MADRID, C. Early childhood caries in Switzerland: a marker of social inequalities. *BMC Oral Health*, v 15, p.82-90, 2015.

24. BALDANI PINTO, M. H.; LOPES, C. M. L.; KRIGER, L.; MTSUO, T. A. Odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil- Perfil do programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba. v. 6, n. 31, p. 210-216, 2003.
25. BARBOSA, R. W.; SANTOS NETO, E. T.; ZANDONADE, E.; OLIVEIRA, A. E. Avaliação de um protocolo educativo materno sobre parâmetros biológicos de saúde bucal infantil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória. v.15, n. 1, p. 80-8, jan./mar., 2013.
26. BARROSO, J. D.; FREIRE, P. A.; BATISTA, M. I. H. M.; PAULINO, M. R.; ARAÚJO, M. S. D.; CARVALHO, A. A. T. Projeto SESC sorriso: prevalência de cárie em Escolares. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, v.18, n.1, p. 35 - 40, jan./mar., 2019.
27. BASIR, L.; RASTEH, B.; MONTAZERI, A.; ARABAN, M. Four-level evaluation of health promotion intervention for preventing early childhood caries: A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, v.17, n.1, 2017.
28. BEGZATI, A.; BYTYCI, A.; MEQA, K.; LATIFI-XHEMAJLI, B.; BERISHA, M. Mothers' behaviors and knowledge related to caries experience of their children. *Oral Health and Preventive Dentistry*, v.12, n.2, p. 133-140, 2014.
29. BIANCHI, R. M. D.; DOMINGUES, M. D. W.; GONÇALEZ, S. S. V.; LOURENÇO, F. M. S.; GIMENEZ, T.; MELLO-MOURA, A. C. V.; TEDESCO, T. K. Cárie precoce na infância: revisão de literatura. *Journal of Bi dentistry and Biomaterials* v.7, n. 1, 2017.
30. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília, DF, 2011.
31. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional da Saúde bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
32. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
33. BRASILa, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF, 2004.
34. BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. A. O cuidado de grávidas e bebês no contexto do Programa de Saúde da Família: um estudo etnográfico. *Interface- Comunic. Saúde, Educ*, v.14, n. 34, p. 607-18, 2010.
35. CABRAL, M. B. B. S. Cárie dental na primeira infância: um estudo longitudinal em área urbana. 175p. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). 2005. Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia.
36. CALCAGNILE, F.; PIETRUNTI, D.; PRANNO, N.; GIORGIO, G. D.; OTTOLENGHI, L.; VOZZA, I. Oral health knowledge in pre-school children: a survey among parents in central Italy. *J Clin Exp Dent.*, v.11, n.5, p.327-33, 2019.

37. CALVASINA, P.; CAMPO, P. O.; PONTES, M. M.; OLIVEIRA, J. B.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. The association of the Bolsa Familia Program with children's oral health in Brazil. *BMC Public Health*, v.18, p.1186-90, 2018.
38. CÂMARA, A. C. S. M. Assistência odontológica diferenciada para crianças de 0 a 3 anos: avaliação de impacto no serviço público municipal em Natal-RN. 81p. Dissertação. Mestrado em Odontologia Preventiva e Social; Periodontia e Prótese Dentária. 2009. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN.
39. CAMPOS-NETO, L. M. Prevalência e Fatores Associados à Cárie Dentária numa População Pré-Escolar do Concelho de Lisboa. 70 p. Dissertação. Mestrado Integrado em Medicina Dentária Faculdade de Medicina Dentária. Universidade de Lisboa. 2018.
40. CANGUSSU, M. C.; CABRAL, M. B. B. S.; MOTA, E. L. A.; VIANNA, M. I. P. Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador - BA. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* v.16, n.1, p.57-65, 2016.
41. CARDOSO, C. R.; PASSOS, D.; RAIMONDI, J. V. Compreendendo a cárie dental. *Salusvita, Bauru*, v. 36, n. 4, p. 1153-1168, 2017.
42. CAREY, C. M. Focus on fluorides: Update on the use of fluoride for the prevention of dental caries. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, v.14, n. Sppl., 2014.
43. CAWAHISA, P. T. Avaliação longitudinal de um programa educativo-curativo em saúde bucal em pré-escolares de Maringá- PR, Brasil. 65p. Dissertação. Mestrado em Odontologia Integrada. 2010. Maringá-PR. Universidade Estadual de Maringá.
44. CHAFFEE, B. W.; FELDENS, C. A.; VITOLLO, M. R. Association of long-duration breastfeeding and dental caries estimated with marginal structural models. *Ann Epidemiol.* v.24, n.6, p.448-54, 2014.
45. CHAPINOTTO, F.; VARGAS-FERREIRA F.; DEMARCO, F. F.; CORRÊA, F. O. B.; MASOTTI, A. S. Risk factors for gingivitis in a group of Brazilian schoolchildren. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 73, n. 1, p.9-17, 2013.
46. CHATTOPADHYAY, A.; CHRISTIAN, B.; MASOOD, M.; CALACHE, H.; CARPENTER, L.; GIBBS, L.; GUSSY, M. Natural history of dental caries: Baseline characteristics of the VicGen birth cohort study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v.30, n.3, p.334-341, 2020.
47. CHEN, K. J.; GAO, S. S.; DUANGTHIP, D.; LO, E. C.; CHU, C. H. Early childhood caries and oral health care of Hong Kong preschool children. *Clin Cosmet Investig Dent.* V.11, p. 27–35, Jan, 2019.
48. CIDRO, J.; ZAHAYKO, L.; LAWRENCE, H. P.; FOLSTER, S.; MCGREGOR, M.; MCKAY, K. Breast feeding practices as cultural interventions for early childhood caries in Cree communities. *BMC Oral Health.* v.15, n.1, p.49, apr., 2015.
49. COMASSETTO, M. O.; BAUMGARTEN, A.; KINDLEIN, K. A.; HILGERT, J. B.; FIGUEIREDO, M. C.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Access to oral

- health in early childhood in the city of Porto Alegre, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.24, n.3, p.953-961, 2019.
50. CORRÊA-FARIA, P.; VIANA, K. A.; RAGGIO, D. P.; HOSEY, M. T.; COSTA, L. R. Recommended procedures for the management of early childhood caries lesions-A scoping review by the Children Experiencing Dental Anxiety: Collaboration on Research and Education (CEDACORE). *BMC Oral Health*, v.20, n.1, 2020.
  51. CRUZ, M. G. B.; NARVAI, P. C. Caries and fluoridated water in two Brazilian municipalities with low prevalence of the disease. *Article Rev Saude Publica*. v.52, n. 28, 2018.
  52. CURI, FIGUEIREDO E JAMELLI, Davi Silva Carvalho Curi 1 Andreia Cristina Leal Figueiredo 2 Silvia Regina Jamelli Factors associated with the utilization of dental health services by the pediatric population: an integrative review *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.5, p.1561-1576, 2018.
  53. DALY, J. M.; LEVY, S. M.; XU, Y.; JACKSON, R. D.; ECKERT, G. J.; LEVY, B. T.; FONTANA, M. Factors associated with parents' perceptions of their infants' oral health care. *Journal of Primary Care and Community Health*, v.7, n.3, p.180-187, 2016.
  54. DEGHTIPOUR, M.; GHORBANI, Z.; ASHI, S.; EHDAYIVAND, F.; NAMDARI, M.; PAKKHESAL, M. Oral health status in relation to socioeconomic and behavioral factors among pregnant women: a community based cross-sectional study. *BMC Oral Health*, v. 19, p.117, 2019.
  55. DEHAILAN, L. A.; MARTINEZ-MIER, E. A. Prevention Program Including Fluoride Varnish and 1450-ppm Fluoride Toothpaste Targeting Young Children in Clinical Setting in UK did not Stop Dental Caries From Developing but Slowed Lesion Progression. *The Journal of evidence-based dental practice*. v.19, n.2, p.207-9, 2019.
  56. DILL, N. S. Cariogenicidade do leite materno. 18p.Trabalho de conclusão do curso Bacharel em Odontologia. Centro Universitário São Lucas. Porto Velho – RO. 2018.
  57. ESSVEIN, G.; BAUMGARTEN, A.; RECH, R. S.; HILGERT, J. B.; NEVES, M. Dental care for early childhood in Brazil: From the public policy to evidence. *Revista de Saude Publica*, v.53, n.1, 2019.
  58. FAN, C.; WANG, W.; XU, T.; ZHENG, S. Risk factors of early childhood caries among children in Beijing: a case-control study. *BMC Oral Health*. 2016.
  59. FERNANDES, D. S. C.; KLEIN, G. V.; LIPPERT, A. O.; MEDEIROS, N. G.; OLIVEIRA, R. P. Motivo do atendimento odontológico na primeira infância. *Stomatos*, v.16, n.30, jan./jun., 2010.
  60. FERREIRA E SIQUEIRA RAPHAEL DE SOUZA MARQUES FERREIRA TAMIRIS MEIRA SIQUEIRA. Cárie precoce na primeira infância. 25p. Bacharel em Odontologia. Faculdade Integrada de Pernambuco. Recife- PE. 2018.
  61. FERREIRA, M. A. F. Odontologia preventiva na primeira infância: uma alternativa para se evitar o medo e a ansiedade relacionados ao tratamento

- odontológico. 49p. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Corinto, Minas Gerais.
62. FINLAYSON, T. L.; CABUDOL, M.; LIU, J. X.; GARZA, J. R.; GANSKY, S. A.; RAMOS-GOMEZ, F. A qualitative study of the multi-level influences on oral hygiene practices for young children in an Early Head Start program. *BMC Oral Health*, v.10, n.9. 2019.
  63. FRAIZ, F. C. Supervisão de Saúde bucal durante a infância. *Pesq. Bras. Odontoped, Clin, Integr, João Pessoa*, v.10, n.1, p. 7-8, jan./abr., 2010.
  64. GALEGO-GOMEZ, C. L.; FRANCO-CORTÉS, A. M. Determinants for access to dental care in early childhood. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ninez y Juventud*, v.17, n.1. p.193-206, 2019.
  65. GASOYAN, H.; SAFARYAN, A.; SAHAKYAN, L.; GASOYAN, N.; AARONSON, W. E.; BAGRAMIAN, R. A. School-Based Preventive Dental Program in Rural Communities of the Republic of Armenia. *Front. Public Health* v.7, p.2439, 2019.
  66. GAVA, J. E. Importância da atuação da equipe de Saúde Bucal junto a família do recém-nascido na visita domiciliar puerperal. Trabalho de conclusão de curso da Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Especialização. Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete. Minas Gerais, 2011.
  67. GHAZAL, T.; LEVY, S. M.; CHILDERS, N. K.; BROFTT, B.; CUTTER, G. R.; WIENER, H. W.; KEMPF, M. C.; WARREN, J.; CAVANAUGH, J. E. Factors associated with early childhood caries incidence among high caries-risk children. *Community Dent Oral Epidemiol.* v.43, n.4, p.366-74, 2015.
  68. GLICK, M.; SILVA, O. M.; SEEBERGER, G. K.; XU, T.; PUCCA, G.; WILLIAMS, D. M.; KESS, S. EISELÉ, J.; SÉVERIN, T. FDI Visão 2020 Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral. 28p. World Dental Federation. 2011.
  69. GOLDFELD, S.; FRANCIS, K. L.; HOQ, M.; DO, L.; O'CONNOR, E.; MENSAH, F. The Impact of Policy Modifiable Factors on Inequalities in Rates of Child Dental Caries in Australia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* v. 16, p.1970-9, 2019.
  70. GOMES, C. B VASCONCELOS, L. G.; CINTRA, R. M. G. C.; DIAS, L. C. G. D.; CARVALHAES, M. A. B. L. Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.24, n.6, p.2293-2306, 2019.
  71. GOMES, C.; MENDES, S.; BERNARDO, M. Prevalência e gravidade de cárie na dentição decídua nas crianças de 6 anos de Mafra. *Revista Portuguesa de Estomatologia. Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* v.56, n.2, p.103-9, 2015.
  72. GOPAL, S.; CHANDRAPPA, V.; KADIDAL, U.; RAYALA, C.; VEGESNA, M. Prevalence and Predictors of Early Childhood Caries in 3- to 6-year-old South Indian Children - A Cross-sectional Descriptive Study. *Oral Health & Preventive Dentistry.* v.14, n.3, 2016.

73. GOYAL, A.; GROVER, A.; GAUBA, K.; GUPTA, K.; MEHTA, N.; DUTTA, S.; PANDE R. M.; JOSHI, A.; THAKUR, J. S.; MOHANTY, U.; DHALIWAL, R. S. A community-based pragmatic, controlled trial for preventing and reducing oral diseases among 1–6-year-old children visiting Anganwadi centers, under the Integrated Child Development Scheme, India. *BMC Public Health*, v. 19, p.1626-35, 2019.
74. GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I. C. C.; OLIVEIRA, A. L. S. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.9, p. 83-6, jan./fev., 2003.
75. HAMANA, R. Hábitos alimentares e a sua relação com a cárie dentária das crianças observadas na consulta de odontopediatria. Dissertação. Mestrado Integrada Em Medicina Dentária. Instituto Universitário Egas Moniz. Portugal. 2019.
76. HENDAUS, M.; LEGHROUZ, B.; ALLABWANI, R.; ZAINEL, A.; ALHAJJAJI, M.; SIDDIQUI, A.; ALAMRI, M.; ALHAMMADI, A. H. Parental attitudes about acquiring a dental home for preschool children: a new concept in the Arab state of Qatar. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, n. 2018, v.9, p.123–128, 2020.
77. HODBELL, M.; PETERSEN, P. R.; CLARKSON, J.; JOHNSON, N. Global Goals for Oral Health 2020. *Int Dent J*. v.53, n.5, p.285-8, oct., 2003.
78. HOEFT, K. S.; RIOS, S. M.; GUZMAN, E. P.; BARKER, J. C. Using community participation to assess acceptability of “Contra Caries”, a theory based, promotora-led oral health education program for rural Latino parents: a mixed methods study. *BMC Oral Health*, v.15, p.103-12, 2015.
79. HOFFMEISTER, L.; MOYA, P.; VIDAL, C.; BENADOF, D. Factors associated with early childhood caries in Chile. *Gac Sanit*. v.30, n.1, p.59-62, jan./feb., 2016.
80. HOMER, T.; MAGUIRE, A.; DOUGLAS, G. V. A.; INNES, N. P.; CLARKSON, J. E.; WILSON, N.; RYAN, V.; MCCOLL, E.; ROBERTSON, M.; VALE, L. Cost-effectiveness of child caries management: a randomised controlled trial (FiCTION trial). *BMC Oral Health*, v.20, p. 45-53, 2020.
81. HU, S.; SIM, Y.; TOH, J.; SAW, S.; GODFREY, K.; CHONG, Y.; YAP, F.; LEE, Y.; SHEK, L.; TAN, K.; CHONG, M.; HSU, C. Infant dietary patterns and early childhood caries in a multi-ethnic Asian cohort. *Scientific Reports*, v.9, n.1, 2019.
82. HUGO, A. L. A. Acompanhamento e orientações sobre saúde bucal em crianças de zero a três anos. 27p. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). 2009. Turmalina-MG. Universidade Federal de Minas Gerais.
83. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-. 2014. Disponível em <http://www.ibge.org.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 12 de abril de 2020.
84. IENNE, A. C. L. P.; ALMEIDA, L. P. P. I. Cárie precoce da infância (Revisão de literatura). 16p. Universidade São Francisco. Trabalho de Conclusão de

- Curso de Odontologia curso de Odontologia. Bragança Paulista. São Paulo. 2018.
85. INTERNACIONAL CARIES DETECTION AND ASSESSMENT SYSTEM (ICDAS) Coordinating Committee. Criteria manual. disponível em: [Http://www.icdas.org](http://www.icdas.org), 2009.
  86. ISMAIL, A. I.; RAZAK, I.; AB-MURAT, N. The impact of anticipatory guidance on early childhood caries: A quasi-experimental study. *BMC Oral Health*, v.18, n.1, 2018.
  87. ISMAIL, A. I.; SOHN, W.; TELLEZ, M.; AMAYA, A.; SEM, A.; HASSON, H.; et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* v.35, p. 170-8, 2007.
  88. JAMES, S.; MURRAY, C. J. L.; VOS, T. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; v.39, n.2, p.1789–8583, 2018.
  89. JURGENSEN, N.; PETERSEN, P. Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. *BMC Oral Health*, v.9, n, 1, 2009.
  90. KATO, T.; YORIFUJI, T.; YAMAKAWA, M.; INOUE, S.; SAITO, K.; DOI, H.; KAWACH, I. Association of breast feeding with early childhood dental caries: japanese population-based study. *BMJ Open*. V.5, n.3, mar., 2015.
  91. KIRTHIGA, M.; MURUGAN, M.; SAIKA, A.; KIRUBAKARAN, R. Risk Factors for Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control and Cohort Studies. *Pediatr. Dent.*, n. 41, v2, p.95-112, mar., 2020.
  92. KRALJEVIC, I.; FILIPPI, C.; FILIPPI, A. Risk indicators of early childhood caries (ECC) in children with high treatment needs. *SWSS Dent. Journ.* v.127, p.398-404, 2017.
  93. KRAMER, P. F.; ARDENGHI, T. M.; FERREIRA, S.; FISHER, L. A.; CARDOSO, L.; FELDENS, C. A. 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*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 150-6, jan., 2008.
  94. KRESSIN, N.; NUNN, M.; SINGH, H.; ORNER, M.; PBERT, L.; HAYES C.; CULLER, C.; GLICKEN, S.; PALFREY, S.; GELTMAN, P.; CADORET, C.; HENSHAW, M.; Pediatric clinicians can help reduce rates of early childhood caries: Effects of a practice based intervention. *Medical Care*, v.47, n. 11, p. 1121-8, 2009.
  95. KRUGER, M. S. M. Análise do risco à atividade de cárie em crianças de 0 a 36 meses: protocolo de avaliação, acompanhamento longitudinal e efetividade de estratégias para controle da cárie na primeira infância. Tese. 100p. Doutorado em Odontologia (área de concentração Odontopediatria). UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Pelotas, 2017.

96. KUHN, E.; WAMBIER, D. S. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 75-81, jan./abr., 2007.
97. KURIAKOSE, S.; PRASANNAN, M.; REMYA, K.; KURIAN, J. SREJUTH, K. Prevalence of early childhood caries among preschool children in Trivadrurum and its association with various risk factors. *Contemp. Clin. Dent.* V.6, n.1, p.69-73,2015.
98. LAI, B.; TAN, W.; LU, Q. Clinical efficacy of a two-year oral health programme for infants and toddlers in Singapore. *Singapore Medical Journal*, v.59, n.2, p. 87-93, 2018.
99. LARANJO, E.; BAPTISTA, S.; NORTON, A. A.; MACEDO, A. P.; ANDRADE, C.; AREIAS, C. A cárie precoce da infância: uma atualização. *Rev Port Med Geral Fam.* v33, p.426-9, 2017.
100. LEE, H. J.; KIM, J. B.; JIN, B. H.; PAIK, D. I.; BAE, K. H. Risk factors for dental caries in childhood: a five-year survival analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* v.43, n.2, p.163–71, apr., 2015.
101. LEMOS, L. V. F. M.; ZUANON, A. C. C.; MYAKI, S. I.; WALTER, L. R. F. Dental caries in children participating in a Dentistry for infantis Program. *Einstein*, v.9, n.4, p. 503-7, 2011.
102. LIMA, C. M. G.; WATANABE, M. G. C.; PALHA, P. F. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. *Pediatria, São Paulo*, v.28, n.3, p. 191-8, 2006.
103. LIMA, E. R.; SILVA, B. J. G.; NASCIMENTO, M. S.; SANTOS, S.; MENEZES, A. N.; CHAGAS, C. L.; CUNHA, G. W. S. Atuação da equipe multiprofissional na educação em saúde bucal em uma escola pública do município de Castanhal-PA: um relato de experiência. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v.2, n.4, p.2933-7, jul./aug., 2019.
104. LIMA, M. D. M.; BRITO-NETO, Z. S.; AMARAL, H. O.; LIMA, C. C. B.; MOURA, M. S.; MOURA, L.F. A. D. Risk factors associated with early childhood caries – a case control study. *Rev. Odonto. Cienc.*v.31, n.2, p.83-88, 2016.
105. LIU, P. P.; WEN, W.; YU, K. F.; GAO, X.; WONG, M. C. M. Dental Care-Seeking and Information Acquisition During Pregnancy: A Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.16, p.26-21, 2019.
106. LOPES, T. R.; ALMEIDA, A. B.; MOREIRA, R. O.; CARVALHO, A. A. H.; GARCIA, F. M.; ROCHA, C. M.; SIQUEIRA, L. P.; FAJARDO, E. A.; PEREIRA, E. R.; PAULA, N. C. S.; ALAGOANO, V. M.; GUIMARÃES, T. S. D.; OLIVEIRA, L. M. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária na infância: uma experiência interdisciplinar no PET SAÚDE – UFJF. *Rev. APS.*; v.18, n.1, p.30 – 38, jan/mar, 2015.
107. LOPEZ-NUNEZ, B.; ALEKSEJUNIENE, J.; VILLANUEVA-VILCHIS, M. C. School-Based Dental Education for Improving Oral Self-Care in Mexican Elementary School–Aged Children. *Health Promotion Practice* September 2019 v. 20, n.5, p.684 –696, 2018.
108. LUMSDEN, C.; WOLF, R.; CONTENTO, I.; BASCH, C.; ZYBERT, P.; KOCH, P.; EDELSTEIN, B. Feasibility, Acceptability, and Short-term

Behavioral Impact of the MySmileBuddy Intervention for Early Childhood Caries. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, v.30, n.1, p. 59-69, fev, 2019.

109. MACHADO, A. P. S.; BRUNETTO, S.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Relato de Experiência de Atendimento Conjunto entre Odontologia e Nutrição a Crianças de 0 a 36 Meses em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Porto Alegre-RS. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 52, n. 1/3, p. 49-55, jan./dez., 2011.
110. MAJORANA, A.; CAGETTI, M. G.; BARDELLINI, E.; AMADORI, F.; CONTI, G.; STROHMENGER, L.; CAMPUS, G. Feeding and smoking habits as cumulative risk factors for early childhood caries in toddlers, after adjustment for several behavioral determinants: a retrospective study. *BMC Pediatr.* v.14, n.1, p.45-56, fev., 2014.
111. MAKVANDI, Z.; KARIMI-SHAHANJARINI, A.; FARADMAL, J.; BASHIRIAN, S. Evaluation of an Oral Health Intervention among Mothers of Young Children: a Clustered Randomized Trial. *Journal of Research in Health Sciences.*; v.15, n.2, p. 88-93, 2015.
112. MARÍÑO, R.; ZAROR, C. Economic evaluations in water-fluoridation: a scoping review. *BMC Oral Health*, v.20, p.115-23, 2020.
113. MARTINS, F. D.; NEVES, A. T. S. C.; VOLPATO, L. E. R.; NACHIB, R. A. Avaliação de eficácia do Programa de Odontologia para bebês da Universidade de Cuiabá-MT na prevenção da cárie dentária. *Rev Inpeo de Odontol., Cuiabá- MT*, v.2, n.2, p. 1-56, ago./dez., 2008.
114. MARTINS, L. P. Baixo alfabetismo em saúde bucal de pais/responsáveis está associado à cárie dentária com envolvimento pulpar de seus filhos. Dissertação. 99p. Mestrado em odontologia (área de concentração odontopediatria). Faculdade de odontologia. Universidade federal de minas gerais. Belo horizonte. 2019.
115. MATHU-MUJU, K. R.; MCLEOD, J.; WALKER, M. L.; CHARTIER, M.; HARRISON, R. L. The Children's Oral Health Initiative: An intervention to address the challenges of dental caries in early childhood in Canada's First Nation and Inuit communities. *Can J Public Health*, v.107, n.2, p.188-93, 2016.
116. MELO, M. M.; WALTER, L. R. F. Relação comportamental em bebês de 0 a 30 meses. *Semina, Londrina*, v.18 (Ed. Especial), p. 43-6, fev., 1997.
117. MENDES JÚNIOR, F. I. R.; VIANA, R. S. A percepção dos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre a Inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia da Família em Sobral-CE. *Sanare.* ano 6, n.1, jan./jun., 2005.
118. MENDES, L. M. F.; MOURA, M. S.; TAJRA, F. S. Oficina saúde bucal da criança: relato de experiência. *Rev Enferm UFPI.* v.8, n. espec., p.60-4, mai./jul., 2019.
119. MOIMAZ, S. A. S.; FADEL, C. B.; LOLLI, L. F.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; SALIBA, N. A. Social aspects of dental caries in the context of mother-child pairs. *J Appl Oral Sci.* v.22, n.1, p.73-8, 2014.
120. MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; ROCHA, N. B.; SANTOS, S. M. G.; SALIBA, N. A. Resultados de dez anos do programa de Atenção Odontológica à gestante. *Rev. Ciênc. Ext.* v.7, n.1, p.43-54, 2011.

121. MOIMAZ, S. A.; SALIBA, T. A.; ARCIERI, R. M.; LOFEGO, L.; SALIBA, N. A. Atenção à saúde materno infantil e saúde bucal nos ciclos do PMAQ-AB. *J Manag Prim Health Care*. v.9, n.1, 2018.
122. MONTE, D. O.; LIMA, P. R.; MACHADO, R. M. A.; CORREIA, A. A. Conscientização DA higienização bucal na população brasileira. *Ciências biológicas e da saúde*, Recife, v.2, n.2, p.53-60, dez, 2015.
123. MONTE, T. L.; MATOS, F. T. C.; MOURA, G. C. B.; MOURA, L. K. B.; NUNES, C. M. C. L. L.; FERRAZ, M. A. A. L. Produção científica sobre os modelos de educação em saúde na promoção de saúde bucal. *Rev. Interd*. V.6, n.4, p.235-42, out./dez., 2013.
124. MURALIDHARAN, C.; E MERRIL, R. M. Dental care during pregnancy based on the pregnancy risk assessment monitoring system in Utah. *BMC Oral Health*, v.19, p.237-45, 2019.
125. NAKAYAMA Y.; MORI, M. Association between nocturnal breastfeeding and snacking habits and the risk of early childhood caries in 18- to 23-month-old Japanese children. *J. Epidemiol*, v.25, n.2, p. 142-7, fev., 2015.
126. NAPOLEÃO, A. M. M.; ALENCAR, A. A.; SILVA, C. H. F.; MARTINS, L. F. B.; CARNEIRO, S. V. Conhecimento das gestantes sobre a saúde bucal do bebê. *Revista Expressão Católica Saúde*, v.3, n.2, p.38-46, 2018.
127. NAYEE, S.; KLASS, C.; FINDLAY, G.; GALLAGHER, J. E. Parenting and oral health in an inner-city environment: a qualitative pilot study. *BMC Oral Health*, v.18, p.168-76, 2018.
128. NEVES, F. B. A. Estratégias para a prevenção e promoção de saúde bucal em crianças de erro a 36 meses de idade, na Atenção Básica de Saúde. 32p. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade de Minas Gerais. Belo Horizonte. Minas Gerais. 2010.
129. NG, M. W.; FIDA, Z. Dental Hygienist–Led Chronic Disease Management System to Control Early Childhood Caries. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, v. 16, p.20-33, 2016.
130. NI, L.; TANG, R.; HE, T.; CHANG, J.; LI, J.; LI, S. et al. Clinical effect of a manual toothbrush with tapered filaments on dental plaque and gingivitis reduction. *American journal of dentistry*. V.30, n.5, p.272-8, 2017.
131. NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008.
132. NISHIDE, R.; MIZUTANI, M.; TANIMURA, S.; KUDO, N.; NISHII, T.; HATASHITA, H. Homecare protective and risk factors for early childhood caries in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, v.23, n.1, 2018.
133. NOGUEIRA, L. C.; RESENDE, N. F. B.; FERRAZ, N. K. L.; CORRÊA-FARIA, P.; MARQUES, L. S.; RAMOS-JORGE, M. L. Prevalência de cárie dentária em crianças de seis a sessenta meses e fatores associados, Diamantina, Minas Gerais, Brasil. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 13-17, jan./mar., 2012.

134. NUNES, A. M. M.; SILVA, A. A. M.; ALVES, C. M. C.; HUGO, F. N.; RIBEIRO, C. C. C. Factors underlying the polarization of early childhood caries within a high-risk population. *BMC Public Health*; v.14, p. 988, 2014.
135. ÖCEK, Z. A.; EDEN, E.; YÜCEL, U.; ÇIÇEKLIOĞLU, M. Effects of an oral health program: Community-based education among mothers of young children living in socioeconomically disadvantaged neighborhoods. *J Educ Health Promot.* v.9, n.40, 2020.
136. OLAK, J.; NGUYEN, M. S.; NGUYEN, T. T.; NGUYEN, B. T.; SAAG, M. The influence of mothers' oral health behaviour and perception thereof on the dental health of their children European Association for Predictive, Prev. and Person. Med. (EPMA), 2018.
137. OLIVEIRA, A. L. B. M.; BOTTA, A. C.; ROSELL, F. L. Promoção de saúde bucal em bebês. *Rev. Odonto Univ Cid São Paulo*, v.22, n.3, p. 247-53, 2010.
138. OLIVEIRA, D. A. Cárie dentária na infância – exposição precoce a fatores de risco. 39p. Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Universidade do Porto. Porto. Portugal. 2017.
139. OLIVEIRA, L. M.; SILVA, H. P. G. P. Cárie precoce na infância: revisão de literatura. *R Odontol Planal Cent.* 2018.
140. PASSOS, A. M. M. M. Protocolo para Atenção à saúde bucal de crianças de zero a 24 meses no município e Brumadinho-MG. 29p. Monografia. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade de Minas Gerais. 2012.
141. PAULA, B. A. P.; MAIA, J. F.; MARTINS-JÚNIOR, P. A.; FREIRE-MAIA, F. B. Introdução precoce da sacarose está associada à presença de cárie dentária em bebês. *1 Arq Odontol, Belo Horizonte*, v.55, n12, 2019.
142. PEEDIKAYIL, F.C.; KOTTAYI, S.; KENCHAMBA, V.; JUMANA, M. K. Dental caries prevalence and treatment needs of school going children in Kannur district, Kerala. *SRM J Res Dent Sci*, v.4, p.51-3, 2013.
143. PELTZER K, MONGKOLCHATI A. Severe early childhood caries and social determinants in three-year-old children from Northern Thailand: a birth cohort study. *BMC Oral Health.*, v.15, n.108, p.108-14, sep., 2015.
144. PERCIVAL, T.; EDWARDS, J.; BARCLAY, S. SA, B.; MAJUMDER, M. A. Early Childhood Caries in 3 to 5-Year-Old Children in Trinidad and Tobago. *Dent J (Basel)*. v.7, n.1, p.162-9, feb., 2019.
145. PEREIRA, C. R.S.; GIUSEPPE, R. A.; TEIXEIRA, C. M. C.; AUGUSTO, N. L. R.; RODRIGUES, P. A. A.; COSTA, L. K. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Publica*, v.28, n.3, p.449-462, 2012.
146. PEREIRA, N. M. Desafios do PSF Pró-Saúde- Cárie na primeira infância. Universidade Federal de Minas Gerais. 29p. Pós-graduação Lato Senso (especialização em Saúde da Família). Belo Horizonte. Minas Gerais. 2014.
147. PERES, K. G.; NASCIMENTO, G. G.; PERES, M. A.; MITTINTY, M. N.; DEMARCO, F. F.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, A. J.

- D. Impact of Prolonged Breastfeeding on Dental Caries: A Population-Based Birth Cohort Study. *Pediatrics*, v.170, n.1, jul., 2017.
148. PIAS, A. C. Saúde bucal na primeira infância: avaliação da qualidade de vida, acesso e longitudinalidade do cuidado na atenção primária à saúde universidade do extremo sul catarinense – UNESC. Mestrado Profissional. Programa de pós-graduação em saúde coletiva. Unidade acadêmica de ciências da saúde – UNASAU. Criciúma, Santa Catarina. 2019.
  149. PINHEIRO, C. P.; MOURA, M. S.; TARJA, F. S. Atenção à Saúde Bucal de Crianças: Relato de Experiência no contexto da Implantação do Projeto Vale Sorriso. *Rev Enferm UFPI*, v.8, n.Spec, p.54-9, mai./jul., 2019.
  150. PINTO, A. B. A.; FRANÇA, M. O.; LEMOS, L. V. F. M.; RAMOS, C. J.; MYAKI, S. I.; Programa Viver sem cárie: relato de 15 anos de experiência. 8º congresso de Ext. Univ. UNESP, 2015.
  151. PITTS, N.; BAEZ R. J.; DIAZ-GUALLORY, C., et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int. J. Paediatr. Dent.* N.29, v.3, p.384-6, 2019.
  152. POMINI, M. C.; GALVAN, J.; DIAS, G. F.; GOUVÊA, N. S.; ALVES, F. B. T. Prevalência de cárie em bebês e sua relação com o conhecimento e hábitos das mães. *Arq Odontol*, Belo Horizonte, v.54, n.16, 2018.
  153. POMINI, M.; GAWLIK, A.; PEREIRA, N.; SANTOS, A.; SANTOS, B.; DEMOGALSKI, J.; GOUVEA, N.; ALVES, F. Educação em saúde bucal a gestantes, puérperas e primeira infância: relato de atividade de extensão. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, v.8, n.3, p.143-53, 2017.
  154. PRESTES, A. C. G.; MARTINS, A. B.; NEVES, M.; MAYER, R. T. R. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. *RFO*, Passo Fundo, v.18, n.1, p.112-9, jan./abr., 2013.
  155. QUEIROZ, F.; COSTA, L.; SANTOS, K.; SIMÕES, T.; SILVA, P. Cárie dentária e fatores associados em crianças de 5 anos de idade do município de Patos-PB. *Archives of Health Invest.*, v. 7, n.5, p.190-4, 2018.
  156. RAMIREZ-PUERTA, B.; ESCOBAR-PAUCAR, G.; FRANCO-CORTÉS, A.; OCHOA-ACOSTA, E.; OTÁLVARO-CASTRO, G.; AGUDELO-SUÁREZ, A. Caries dental en niños de 0-5 años del municipio de Andes, Colombia. Evaluación mediante el sistema internacional de detección y valoración de caries – ICDAS. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v.35, n.1, p.91-98, 2017.
  157. RAMOS-GOMEZ, F. J. A model for community-based pediatric oral health: implementation of an infant oral care program. *Int. J. Dent.*, 2014.
  158. RANK R. C. I. C.; VILELA, J. E. R.; MESSETTI, B. S. S.; SAMPAIO RANK, M.; SOARES, M. P. Eficácia de um programa de saúde bucal em bebês após quatro anos de implantação. *Rev. UnirG*, Gurupi, TO, Brasil, v.6, n.1, jan./abr., 2014.
  159. RICKS, T. L.; PHIPPS, K. R.; BRUERD, B. The Indian Health Service Early Childhood Caries Collaborative: A Five-year Summary. *Pediatric Dentistry* v.37, n.3, may./jun., 2015.
  160. ROGERS, H. J.; RODD, H. D.; VERMAIRE, J. H.; STEVENS, K.; KNAPP, R.; YOUSFI, S. E.; MARSHMAN, Z. A systematic review of the quality and

- scope of economic evaluations in child oral health research. *BMC Oral Health*, v.19, n.132, 2019.
161. RUFF, R. R.; SAXENA, D.; NIEDERMAN, R. School-based caries prevention and longitudinal trends in untreated decay: an updated analysis with Markov chains. *BMC Res. Notes.*, v.13, n.25, 2020.
  162. SAKALAUSKIENE, Z.; MACHIULSKIENE, V.; MURTOMAA, H.; VEHKALAHTI, M. M. Satisfaction with dental care and its role in Dental-Health related Behaviour among Lithuanian University Employees. *Oral Health. Prev. Dent.* v.13, n.5, 2015.
  163. SALAH, N. Comparison of oral health in children aged 5–6 years in the Czech Republic and yemen. *Cent Eur J Public Health*; v.26, n.4, p.305–309, 2018.
  164. SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G. V.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*; v.22, n.1, p.224-30, jan./mar., 2013.
  165. SANGUINO, S. M.; DHEPYASUWAN, N.; CHURCH, A.; DABROW, S.; SERWINT, J. R.; DO, H. H. B. Oral Health Promotion During Well Visits. *Clinical Pediatrics*. p.1-8. 2017.
  166. SANTOS JÚNIOR, V. E.; SOUSA, R. M. B.; OLIVEIRA, M. C.; CALDAS JÚNIOR, A. F.; ROSENBLATT, A. Early childhood caries and its relationship with perinatal, socioeconomic and nutritional risks: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, v.14, n.47, 2014.
  167. SANTOS, A. L. A. P; MARCONDES, L. B. Inovando no pré-natal odontológico e nos primeiros cuidados da saúde bucal do bebê. 53p. Departamento de Odontologia. Universidade de Taubaté. Bacharel em Odontologia, Taubaté-SP. 2019.
  168. SANTOS, G. M.; CASTRO, C. R. S.; VIANNA, M. I. P.; CANGUSSU, M. C. T. Contexto familiar e condições de saúde bucal em crianças de 2 a 5 anos no município de Salvador, Bahia: uma análise descritiva. *Rev. Baian. Saúde Públ.* v.32, n.2, p.277-88, abr./jun. 2011.
  169. SANTOS, M. M.; CODATO, A. B.; CALDARELLI, P. G. Alimentação infantil e cárie dentária: uma abordagem baseada em evidências. *J Health Sci Inst.*, v.37, n.1, p.88-94, 2019.
  170. SCHWENDLER, A.; FAUSTINO-SILVA, D. D.; ROCHA, C. F. Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro. v.22, n.1, jan., 2017.
  171. SENA, V. S.; FALCÃO, C. A. V.; BATISTA, H. S. A.; SILVA, H. O.; PRIMO, R. M.; FERRAZ, M. A. A. L. Prevenção de cárie em crianças do Piauí: um relato de experiência. *Rev. Eletr. De Exten. Florianópolis*, v.15, n.30, p.140-6, 2018.
  172. SHAGHAGHIAN, S. A; ZERAATKAR, M. B. Factors Affecting Oral Hygiene and Tooth Brushing in Preschool Children, Shiraz/Iran. *Journal of Dental Biomaterials*, v.4, n.2, 2017.

173. SIAS, P.; RODRIGUES, A. V.; Criança-pais-escola: tríade promotora de saúde oral infantil. *Ensenanza de las ciencias*, n. Extraordinário, v.12, n.2, 1089-95, 2017.
174. SIGAUD, C. H. S.; SANTOS, B. R.; COSTA, P.;TORIYAMA, A. T. M. Promoção da higiene bucal de pré-escolares: efeitos de uma intervenção educativa lúdica. *Rev Bras Enferm.*, v.70, n.3, p.519-25, 2017.
175. SILVA , R. C. R. Prevalência da cárie de acometimento precoce em crianças pré-escolares do município de Lagarto-SE. curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, Lagarto-SE. 2018.
176. SILVA M. G. B.; CATÃO, M. H. C. V.; ANDRADE, F. J. P.; ALENCAR, C. R. B. Cárie precoce da infância: fatores de risco associados. *Arch. Health Invest.*, v.6, n.12, p.574-579, 2017.
177. SILVA, C. C.; SAVIAN, C. M.; PREVEDELLO, B. P.; ZAMBERLAN, C.; DALPIAN, D. M.; SANTOS, B. Z. Access and use of dental services by pregnant women: an integrative literature review. *Cien. Saúde Coletiva*, v.25, n.3, 2020.
178. SILVA, E. L. Odontologia para bebês. *Rev. Paraense de Medicina*, v.21, n.4, dez., 2007.
179. SILVEIRA, Á. M. Caderneta de Saúde Bucal: uma proposta de acompanhamento de crianças de até 10 anos na Saúde da Família. 60p. Monografia. Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família. São João da Barra- RJ Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
180. SIQUEIRA, M. F. G.; JARDIM, M. C. A. M.; SAMPAIO, F. C.; Evaluation of an oral health program for children in early childhood. *Rev. Odonto. Ciênc.*, v.25, n.4, p.350-4, 2010.
181. SOARES, M. R. P. S.; DIAS, A. M.; MACHADO, W. C.; CHAVES, M. G. A. M.; CHAVES FILHO, H. D. M. Pré-natal odontológico: a inclusão do cirurgião-dentista nas equipes de pré-natal. *Rev Interdisciplin Estud Exp.*, v.1, n.2, p.53-7, 2009.
182. SOUZA, L. R.; TEIXEIRA, N. M.; ABREU, P. T. R.; OLIVEIRA, C. A. S.; ZOCCRATTO, K. B. F. Conhecimento materno em relação aos cuidados com a saúde bucal do bebê maternal *Odontol. Clín. Cient.*, Recife, v.16, n.4, p.275 - 280 out./dez., 2017.
183. SOUZA, M. H. N.; GOMES, T. N. C.; PAZ, E. P. A.; TRINDADE, C. S.; VERAS, R. C. C. Estratégia Acolhimento mãe-bebê: aspectos relacionados à clientela atendida em uma Unidade básica de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery (impr.)*, v.15, n. 4, p.671-7, out.-dez., 2011.
184. SOUZA, R. M. R.; BATISTA, T. N. L.; PESSOA, T. R. R. F. Promoção da saúde bucal para mães e bebês na ESF Nova Conquista- João Pessoa-PB: relato de experiência de um grupo tutorial PET-Saúde da Família e redes. *Rev. Abeno*, v.13, n.2, p.50-7, 2013.
185. SOUZA, T. A. A abordagem multiprofissional na atenção à cárie precoce da infância: atuação da Equipe de Saúde da Família. 28p. Monografia. (especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). 2011. Universidade de Minas Gerais.

186. SOUZA, X. C. P. Saúde Bucal na puericultura: revisão de literatura e proposta de intervenção para a realidade do Centro de Saúde Bairro das Indústrias, Regional Barreiro, Belo Horizonte-MG. 36p. Monografia. (especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). 2013. Lagoa Santa-MG. Universidade Federal de Minas Gerais.
187. SPENCER, A. J.; DO, L. G.; HÁ, D. H. Contemporary evidence on the effectiveness of water fluoridation in the prevention of childhood caries *Commun. Dent. And Oral Epidemiol.*, v.46, n. 4, p. 407-15, aug., 2018.
188. STEPHEN, A.; KRISHNAN, R.; RAMESH, M.; KUMAR, V. S. Prevalence of early childhood caries and its risk factors in 18–72-month-old children in Salem, Tamil Nadu. *Jour. of Inter. Soc. Prevent. and Comun. Dent.* v.5, n.2, p.95-102, mar./apr., 2015.
189. STOCCO, G.; BALDANI, M. H. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa piloto desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família em Ponta Grossa, PR, Brasil. *Ciên. & Saúde Coletiva*, v.16, n.4. p. 2311-21, 2011.
190. STREB, K. T.; LAUER, I. M.; OLIVEIRA, P. N. R.; BATISTA, A. K.; SFREDDO, C.; MARASCHIN, B. J. Representações sociais da doença cárie para pais de crianças atendidas em uma clínica de extensão. *Expressa Extensão*. ISSN 2358-8195 , v.24, n.1, p. 77-84, jan./abr., 2019.
191. SUN, H. B.; ZHANG, W.; ZHOU, X. B. Risk factors associated with early childhood caries. *Chin. J. Dent.Res.*, v.20, n.2, p.97-104, 2017.
192. SZPILMAN, A. R. M.; MARTINS, F. G.; JANTORNO, C.; COUTINHO JÚNIOR, E. Z.; SILVA, L. R.; SYLVESTRE, N. C.; LENZ, D.; AROEIRA, K. P.; ENDRINGER, D. C. Condições de saúde bucal de crianças de zero a dois anos de idade inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF). *Rev. Bras. De Pesq. Em Saúde*, v.14, n.1, p.42-8, 2012.
193. TINANOFF, N.; BAEZ, R. J.; DIAZ-GUALLORY, C.; DONLY, K.; FELDENS, C. A.; McGRATH, C.; PHANTUMVANIT, P.; PITTS, N.B.; SEOW, W.K.; SHARKOV, N.; SONGPAISAN, Y.; TWETMAN, S. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 29, n.3, p.238-48, may; 2019.
194. TIWARI, T, ALBINO, J. 2017. Acculturation and pediatric minority oral health interventions. *Dent Clin North Am.* v.61, n.3, p.549–563, 2017.
195. TORRES- RAMOS, G.; BLANCO-VICTORIO, D. J.; HUAYNATE, C. A.; RICSECISNEROS, R.; ANTEZANA-VARGAS, V. Gastos de atención odontológica de niños con caries de infancia temprana, ocasionados a la familia y al Estado Peruano, representado por el Instituto Nacional de Salud del Niño. *Rev. Estomatol. Herediana*, v.25, n.1, p.36-43, 2015.
196. TOUTOUNI, H.; NOKHOSTIN, M.; AMAECHI, B. T.; ZAFARMAND, A. H. The Prevalence of Early Childhood Caries among 24 to 36 Months Old Children of Iran: Using the Novel ICDAS-II Method. *Dent Shiraz Univ Med Sci.*, v.16, n.4, p. 362-70, dec., 2015.

197. TSANG, C.; ROSIN, K.; BARAL, A.; BHATTA, A.; KHADKA, N.; BARKAN, H.; GURUNG, S. Early Childhood Oral Health and Nutrition in Urban and Rural Nepal. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.16, p.2456-62, 2019.
198. TURSKA-SZYBKA, A. GOZDOWSKI, D.; OLCZAK-KOWALCZYK, D. Impact of individual health-oriented parent education of eating and hygienic habit, oral hygiene level and dentition condition in children with high risk of caries. *Developmental Period Medic.*, v.18, n.2, 2014.
199. TURTON, B.; CHHER, T.; SABBAH, W.; DURWARD, C.; HAK, S.; LAILOU, A. Epidemiological survey of early childhood caries in Cambodia. *BMC Oral Health*, v.19, p.107-21, 2019.
200. VASCONCELLOS, N. B. T. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças e a Política Nacional de Saúde Bucal. Dissertação. 92p. Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas. Universidade Federal da Fronteira Sul. Cerro Largo. 2018.
201. VAZ, P. R. M.; VIEIRA, F. F. R.; SILVEIRA, R. G.; MIASATO, J. M. Odontopediatria Social: resultados de um ano do projeto Sorria Bairro-Escola nas creches públicas de Nova Iguaçu. *Rev. Bras. Odontol.*, v.66, n2, p. 165-9, jul./dez., 2009.
202. VOLPATO, L. E. R.; PALTI, P. G.; LIMA, J. E. O.; MACHADO, M. A. A. M.; ARANHA, A. M. F.; BANDECA, M. C.; PEDRO, F. L. M.; BORGES, A. H. When and Why Parents Seek Dental Care for Children under 36 Months. *J Int de Saúde Oral*, v.5 n.4, p. 21-25, 2013.
203. VOZZA, I.; CAPASSO, F.; MARRESE, E.; POLIMENI, A.; OTTOLENGHI, L. Infant and Child Oral Health Risk Status Correlated to Behavioral Habits of Parents or Caregivers: A Survey in Central Italy. *J. Int. Soc. Prevent. Communit. Dent.*, v.7, p.95-9, 2017.
204. WAGNER, Y.; HEINRICH-WELRZIEN, R. Risk factors for dental problems: Recommendations for oral health in Infancy. *Early Hum. Dev.*, v.114, p.16-21, 2017.
205. WAGNER, Y.; KNAUP, I.; KNAUP, T. J.; JACOBS, C.; WOLF, M. Influence of a programme for prevention of early childhood caries on early orthodontic treatment needs. *Clin Oral Invest*, 2020.
206. WALTER L. R. F. FERELLE, A.; ISSAO, S. M. *Odontologia para o bebê*. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
207. WANG, X.; WEI, Z.; LI, Q.; MEI, L. A longitudinal study of early childhood caries incidence in Wenzhou preschool children. *BMC Oral Health*, v.17, n.1, p.105-113, 2017.
208. WATANABE, M.; WANG, D.; IJICHI, A.; SHIRAI, C.; ZOU, Y.; KUBO, M.; TAKEMOTO, K.; MASATOMI, C.; OGINO, K. The Influence of Lifestyle on the Incidence of Dental Caries among 3-Year-Old Japanese Children. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.11, p. 12611-12622, 2014.
209. WHO, World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods-2013*. Tradução. Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos – 5a ed. © Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo (FOUSP). 2017.

210. WINTER, J.; JABLONSKI-MOMENI, A.; LADDA, A.; PIEPER, K. Long-term effect of intensive prevention on dental health of primary school children by socioeconomic status. *Clin. Oral Invest.*, v.22, n.6, p.2241-9, 2018.
211. WORKIE, M. S.; BELAY, D. B. Bayesian model with application to a study of dental caries. *BMC Oral Health*, v.19, n.4, 2019.
212. XIAO, J.; ALKHERS, N.; KOPYCKA-KEDZIERAWSKI, D. T.; BILLINGS, R. J.; WU, T. T.; CASTILLO, D. A.; RASUBALA, L.; MALMSTROM, H.; REN, Y.; ELIAV, E. Prenatal oral health care and early childhood caries prevention: a systematic review and meta-analysis. *Caries Research* v.53, n.4, p.411-421, 2019.
213. ZANETTI, C. H. G. Opinião: a inclusão da saúde bucal no PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços o SUS. 2002. <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br> (acesso em abril/2020).
214. ZHANG, M.; ZHANG, X.; ZHANG, Y.; LI, Y.; SHAO, C.; XIONG, S.; LAN, J.; WANG, Z. Assessment of risk factors for early childhood caries at different ages in Shandong, China and reflections on oral health education: a cross-sectional study.. *BMC Oral Health*, v.20, p.20:139, 2020.
215. ZHOU, N.; ZHU, H.; CHEN, Z.; JIANG, Z.; LIN, X.; TU, Y.; CHEN, D.; CHEN, H. Dental caries and associated factors in 3 to 5-year-old children in Zhejiang Province, China: an epidemiological survey. *BMC Oral Health*, v.10\9, n.9, 2019.
216. ZHU, C.; YUAN, C.; AO1, S.; SHI, X.; CHEN, F.; SUN, X.; ZHENG, D. S. The Predictive Potentiality of Salivary Microbiome for the Recurrence of Early Childhood Caries. *Front. Cell. Infect. Microbiol.*, v.8, p.423-30, 2018.
217. ZUANON, A. C. C.; AZEVEDO, E. R.; COLDEBELLA, C. R.; Eficácia de um Programa Odontológico Educativo aplicado na zona rural de Araraquara-SP. *Rev. Cienc.,Ext.* v.4, n.1, p.113-21, 2008.
218. ZUANON, A. C. C.; CAMPOS, J. A. D. B.; AZEVEDO, E.; DOMANESHI, C.; MENEZES, T. M. Atendimento odontológico precoce- Estudo longitudinal. *Rev. Ciên. Ext.*, v.1 n.2, p. 130-6, 2004.



**APÊNDICE 1**  
**Universidade Federal da Bahia**  
**Faculdade de Odontologia**  
**Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Olá, estamos convidando você e seu bebê para participar da pesquisa, **“ODONTOLOGIA PARA BEBÊS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”** que tem por objetivo avaliar o potencial preventivo de um programa de Odontologia para bebês para o diagnóstico de alterações bucais em bebês de 6 a 36 meses, na Estratégia de Saúde da Família, em Salvador-BA, de autoria das pesquisadoras Maria Cristina Teixeira Cangussu e Maria Lizzia Moura Ferreira dos Santos.

Este documento lhe dará informações sobre o estudo, sinta-se à vontade para realizar os questionamentos que julgar necessários. Você e seu (sua) filho (a) não serão identificados, pois seus nomes não aparecerão no estudo. Em qualquer momento você poderá negar ou desistir de participar, não havendo prejuízo para o seu atendimento no posto de saúde. Caso concorde em participar, será agendada uma visita em sua casa ou uma consulta, onde você irá responder algumas perguntas ao pesquisador e seu bebê será examinado pelo dentista (avaliação da boca e dos dentes com espelho clínico e sonda, algodão ou gaze), três vezes ao ano. Será garantido sigilo, você será entrevistado sem a presença de outras pessoas e você poderá acrescentar ou retirar informações quando quiser.

Como possíveis benefícios, o estudo poderá ajudar na melhoria da qualidade dos serviços odontológicos oferecidos para os bebês, prevenindo doenças bucais nesta faixa etária. Será garantido acesso aos serviços odontológicos para os sujeitos que foram identificadas necessidades de tratamento. Os possíveis riscos podem ocorrer, em relação ao desconforto de prestar informações, mas será mantido sigilo. Você poderá não responder perguntas que possam lhe causar constrangimento ou até mesmo interromper a entrevista. Você não receberá dinheiro nem terá qualquer gasto financeiro. As informações colhidas ficarão sob a guarda e responsabilidade das pesquisadoras, durante 5 anos, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), localizado na Rua Araújo Pinho, s/n, 6º andar, Canela, Salvador-BA. Quando houver necessidade de qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, podem entrar em contato, através do telefone: (71) 3283. 8990.

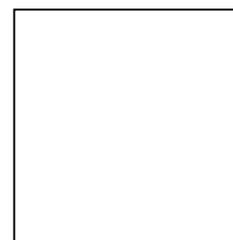
Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em congresso, seminário, livros, revistas, artigos, revistas científicas e afins. Assim, gostaríamos de contar com a sua participação. Desde já, agradecemos a sua participação e nos colocamos a disposição para qualquer informação.

Salvador-BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da Testemunha

Pesquisadoras responsáveis: Maria Cristina Teixeira Cangussú e Maria Lizzia Moura Ferreira dos Santos



Impressão digital

## APÊNDICE 2

Quadro 02- Revisão de literatura sobre os fatores associadas á cárie na primeira infância:

AUTORES/ANO	OBJETIVOS	MÉTODOS	FATORES ASSOCIADOS Á CÁRIE
ALJARALLAH; ALGHANIM; ALANAZI, 2018	Investigar a etiologia e os fatores de risco que predis põem a cárie em crianças e o ideal de intervenções para prevenção.	Revisão de literatura nas bases de dados, Medline, Embase e Cochrane Library.	Falta de exposição à água fluoretada, nível socioeconômico baixo e comportamentos alimentares inadequados.
BAGGIO et al., 2015	Definir a prevalência de cárie em crianças e avaliar se a cárie é um marcador precoce de desigualdades sociais no país.	Estudo transversal com 856 crianças (36 a 71 meses), através de questionário com histórico socioeconômico.	Condições sócioeconômicas é um bom marcador de desigualdades sociais.
CANGUSSU et al., 2016	Identificar os fatores associados à incidência de cárie na primeira infância.	Estudo de coorte prospectivo (14 meses) com 495 crianças de 4 a 30 meses em creches públicas, privadas e filantrópicas de Salvador-Bahia.	Vulnerabilidade social, experiência anterior de cárie, frequentar creche pública, idade > 24 meses, amamentação durante o sono, manchas brancas, uma casa sem abrigo adequado e cor da pele escura.
CHAFFEE et al., 2014	Estimar a associação entre amamentação por 24 meses ou mais e cárie precoce da infância.	Estudo coorte de nascimentos (n = 715) com famílias de baixa renda em Porto Alegre, Brasil.	Aleitamento materno por mais de 24 meses e alta frequência foram associados à maior prevalência de cárie em comparação menores tempos.
CHEN et al., 2019	Descrever o estado de cárie dentária, seus fatores de risco e programas de saúde bucal para crianças pré-escolares em Hong Kong.	Revisão de literatura em bancos de dados eletrônicos (PubMed e Scopus) e pesquisas manuais.	Higiene bucal, consumo de açúcar, conhecimento dos pais sobre saúde bucal e origens sociodemográficas, foram significativamente relacionados à Cárie.
COMASSETTO et al., 2019	Avaliar o acesso e fatores associados à consulta odontológica em crianças de até 5 anos no município de Porto Alegre, Brasil.	Estudo transversal realizado em 10 UBS, através de questionário e exame clínico em 560 crianças.	Idade da criança, a renda familiar e a mãe ter concluído o ensino estiveram associados com a procura por consulta odontológica.
Dill, 2018	Avaliar o grau de influência do leite materno no aparecimento de cárie precoce em crianças com até 3 anos de idade.	Revisão de literatura através das bases de dados Scholar Google, Medline e Scielo, estudos que relacionam o aleitamento materno com a presença da cárie.	O leite materno sozinho não é um alimento cariogênico. No entanto, se uma criança possui uma alimentação rica em açúcar depois de ser amamentada, essa combinação é altamente cariogênica.
FAN et al., 2016	Identificar fatores de risco para cárie dentária em crianças pré-escolares em Pequim.	Estudo caso-controle, com 787 crianças de 3 e 4 anos de idade sendo, 386 crianças com cárie constituíram o grupo de cárie na primeira infância e 401 crianças sem cárie formaram o grupo livre de cárie.	O nível de estreptococos mutans na placa dentária e o histórico de visitas ao dentista foram significativamente correlacionados com a prevalência de cárie. O alto nível de estreptococos da placa mutans é um fator de risco para cárie em crianças pré-escolares em Pequim.
FINLAYSON et al., 2019	Explorar os níveis de influência sobre os comportamentos de higiene bucal de crianças pequenas para informar uma futura intervenção comportamental voltada para crianças de famílias de baixa renda.	24 entrevistas semiestruturadas foram realizadas com mães de crianças menores de 4 anos de idade, inscritas no componente de visita domiciliar em Los Angeles, CA.	Fatores de nível infantil, familiar e comunitário são importantes a serem considerados para informar o desenvolvimento de programas de cuidados preventivos de saúde bucal personalizados para famílias.
GOPAL et al., 2016	Determinar a prevalência e os fatores de risco potenciais de cárie em pré-escolares de 3 a 6 anos.	Estudo transversal com 477 crianças pré-escolares de 3 a 6 anos foi selecionada aleatoriamente nas escolas da área de estudo.	A idade, baixo nível sócioeconômico socioeconômico, amamentação livre demanda, mamadeira à noite, lanches entre as refeições e uso de chupeta adoçada apresentaram maior prevalência de cárie. Fatores como maior frequência de escovação, uso de escova e dentífrico fluoretado foram considerados fatores de proteção contra o risco de cárie.
HOFFMEISTER et al., 2016	Determinar a prevalência de cárie e identificar os fatores associados em crianças com idade 2 e 4 anos no sul do Chile.	Estudo com 2.987 crianças, através de exames bucais e questionários.	Nível socioeconômico baixo, alta frequência de consumo de bebidas açucaradas na hora de dormir, não escovar dentes diariamente e a presença de gengivite.

SUN; ZHANG; ZHOU, 2017	Para analisar os fatores associados à suscetibilidade à cárie na primeira infância, populações com alto risco de cárie foram rastreadas e orientações para a prevenção.	Um total de 392 crianças com idade entre 24 e 71 meses foram selecionadas para exame oral em Qingdao. Os pais ou responsáveis pelos participantes preencheram os questionários.	Comer muitos doces por dia, escovar antes e depois de dormir e se os pais ajudaram a escovar, escolaridade dos pais, conhecimentos sobre saúde bucal, atitudes, renda familiar anual, idade das crianças quando começam a escovar e não escovar regularmente também foram significativamente relacionados à cárie.
KATO et al., 2015	Investigar a associação entre a duração da amamentação durante o primeiro semestre de vida e o risco de cárie na primeira infância dos 30 aos 66 meses no Japão.	Estudo observacional de um levantamento longitudinal com 43.383 bebês com 6 meses de idade.	Aleitamento materno por pelo menos 6 ou 7 meses, tanto exclusiva quanto parcialmente, apresentavam risco elevado de cárie dentária aos 30 meses em comparação com aqueles que haviam sido alimentados exclusivamente com fórmula. No entanto, a associação foi atenuada à medida que as crianças cresciam.
KIRTHIGA et al., 2020	Realizar uma revisão sistemática para avaliar as evidências atuais de associação entre vários fatores de risco e a prevalência ou incidência de cárie na primeira infância (CLPE).	Dois revisores pesquisaram vários bancos de dados até janeiro de 2019, os dados foram resumidos em uma meta-análise.	Presença de defeitos de esmalte, presença de cárie dentinária e níveis elevados de estreptococos mutans.
KRALJEVIC et al., 2017	Determinar indicadores de risco e sua correlação entre crianças com alta prevalência de cárie e alta necessidade de tratamento, a fim de facilitar o desenvolvimento de programas de profilaxia direcionados que reduziram as ocorrências futuras de CEC ou, pelo menos, influenciariam positivamente o resultado	Estudo transversal com 82 crianças através de questionário padronizado que incluía perguntas sobre a idade da criança, o país de origem da mãe, a higiene bucal e os hábitos de beber da criança.	Origem geográfica da mãe, início da escovação, falta de escovação supervisionada e consumo noturno de bebidas açucaradas foram associadas à cárie. Em contraste, a duração da amamentação e o uso prolongado de mamadeira, não tiveram um impacto claro na alta prevalência de cárie.
KURIAKOSE et al., 2015	Determinar a prevalência e os fatores de risco relacionados à CLPE em crianças pré-escolares residentes em áreas rurais e urbanas do distrito de Trivandrum, em Kerala.	Estudo transversal com 1329 crianças em idade pré-escolar com <60 meses de idade foi selecionada aleatoriamente de áreas rurais e urbanas, com questionário exame bucal.	Idade da criança, local de residência, hábitos alimentares e hábitos de higiene bucal estão associados à cárie.
LOPES et al., 2015	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.	Estudo transversal quantitativa e qualitativa com 52 binômios responsáveis-filhos, 0 a 2 anos, sendo selecionadas por meio dos grupos de puericultura, desenvolvidos na UAPS, e por uma triagem realizada em campanha de vacinação, na unidade	Falta de conhecimento dos responsáveis quanto aos principais fatores de risco para a cárie dentária. 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.
MAJORANA et al., 2014	As possíveis associações entre cárie na primeira infância, práticas alimentares, exposição materna e ambiental ao fumo, status socioeconômico e vários determinantes comportamentais foram investigadas.	Estudo transversal com 2395 crianças italianas de 24-30 meses por meio de um questionário administrado às mães e exames bucais.	Níveis mais elevados de severidade de cárie foram observados em crianças alimentadas com fórmula infantil e expostas à fumaça durante a gravidez, residentes em área com baixo preço médio de moradia por metro quadrado.
MOIMAZ et al., 2014	Investigar os determinantes sociais familiares associados à história de cárie dos filhos e à necessidade de tratamento odontológico entre as mães que raramente ou nunca iam ao dentista.	Estudo transversal com 272 pares de mães e filhos residentes no Sul do Brasil, em instituições públicas de educação infantil, através de um questionário e exames bucais.	Maior necessidade de tratamento foi entre mães com baixa escolaridade e baixa renda familiar que raramente ou nunca visitavam o dentista. A cárie dentária foi menos frequente em filho único e mais frequente em filhos de mães com baixo nível de escolaridade e em crianças de famílias de baixa renda.
NAKAYAMA E MORI, 2015	Investigar a associação entre aleitamento materno noturno, hábitos de lanche ou outros fatores de risco e a cárie em crianças japonesas de 18 a 23 meses.	Estudo transversal com 1.675 crianças de 18 a 23 meses, através de um questionário autoaplicável respondido pelos pais ou responsáveis e exame bucal.	Aleitamento materno noturno, beber ou comer doces após o jantar todos os dias e consumo de doces, refrigerantes e / ou isotônicos $\geq 4$ dias na semana, ou seja, hábitos noturnos de amamentação e lanches estão associados à cárie.

NISHIDE et al., 2018	Identificar os fatores de proteção e de risco associados à cárie no Japão.	Estudo de coorte com 566 crianças nascidas entre 2004 e 2008 que haviam feito exames em seu centro de saúde comunitário, incluindo exames bucais conduzidos por dentistas. Obtivemos dados dos prontuários das crianças e de um questionário preenchido pelos pais.	Níveis baixos de placa dentária e ter uma mãe com cárie não tratada foram os fatores associados à cárie.
NUNES et al., 2014	Usar uma abordagem hierárquica para identificar os fatores associados à polarização do ECC em uma população vulnerável de baixa renda.	Estudo transversal retrospectivo com uma coorte de 244 crianças (48-72 meses da periferia de São Luís, Maranhão, Brasil).	O maior consumo de sacarose entre as refeições principais pode explicar porque, em um grupo de crianças com condições sociais e de saúde homogêneas, algumas tiveram mais cárie do que outras.
PAULA et al., 2019	Investigar a introdução da sacarose na alimentação de bebês e presença de cárie dentária.	Estudo transversal com 50 pais/responsáveis e suas crianças, com média de idade de 27 meses através de um questionário socioeconômico, demográfico e de verificação da época de inserção de determinados alimentos na dieta das crianças e exame clínico.	A introdução da sacarose na dieta das crianças foi precoce e apresentou associação significativa com a presença de cárie dentária. Portanto, verifica-se a necessidade de se fornecer informações sobre educação alimentar e oferecer atenção individualizada.
PERES et al., 2017	Investigar se a duração do aleitamento materno é fator de risco para cárie dentária na dentição decidua, independentemente do consumo de açúcar.	Um estudo de saúde bucal (n = 1303) aninhado em um estudo de coorte de nascimentos foi realizado no sul do Brasil. A amamentação foi a principal exposição coletada ao nascimento e aos 3, 12 e 24 meses de idade. Os dados sobre o consumo de açúcar foram coletados aos 24, 48 e 60 meses de idade.	O aleitamento materno prolongado aumenta o risco de cárie dentária. As intervenções preventivas para a cárie dentária devem ser estabelecidas o mais cedo possível, pois a amamentação é benéfica para a saúde da criança. Os mecanismos subjacentes a este processo devem ser investigados mais profundamente.
POMINI et al., 2018	Verificar a associação entre a prevalência de cárie dentária na primeira infância e o perfil socioeconômico e hábitos das mães em relação à higiene bucal e uso de dentifício em seus filhos.	Estudo transversal com 82 pares (mães e crianças de 06 a 36 meses de idade) que procuraram o serviço odontológico.	Não houve associação entre hábitos maternos de higiene bucal e uso de dentifício em seus filhos com a prevalência da doença cárie na primeira infância. Existe associação com o nível socioeconômico, o que demonstra a necessidade da realização de estratégias de reforço nas informações transmitidas para as mães com maior vulnerabilidade social.
QUEIROZ et al., 2018	Analisar a associação entre cárie dentária, hábitos alimentares e de higiene e a percepção dos pais sobre saúde bucal de crianças na faixa etária de 5 anos de idade do município de Patos-PB.	Estudo transversal com 243 crianças de 5 anos de idade, matriculadas em creches públicas do município de Patos/PB e seus respectivos pais/responsáveis, através de questionários e exames bucais.	Higiene bucal, uso da mamadeira e a percepção dos pais se a cárie é transmissível são fatores associados à cárie, os hábitos alimentares, de higiene bucal, bem como o conhecimento dos cuidadores sobre o tema, podem influenciar diretamente no aparecimento da doença.
SANTOS et al., 2011	Realizar uma análise descritiva das condições de saúde bucal em pré-escolares pertencentes a famílias cobertas pelo PSF de Salvador, Bahia e destacar características do ambiente familiar no qual elas estão inseridas.	Estudo de corte transversal, com exame clínico e entrevistas no domicílio. Buscou-se detectar a presença de distúrbios psiquiátricos e alcoolismo na família com base no SRQ-20 e na Escala CAGE.	Alta a prevalência da doença cárie nos pré-escolares e a prevalência de famílias com membros apresentando sintomas psiquiátricos e uso abusivo de álcool na população estudada.
SANTOS, CODATO e CALDARELLI, 2019	Compreender a relação da dieta, enquanto fator determinante negativo para a cárie dentária.	Revisão de literatura nas bases Medline e Lilacs, com a leitura crítica de 198 resumos de artigos publicados, sendo selecionados 36 artigos.	A sacarose é considerada o açúcar mais cariogênico. A sua introdução precoce e alta frequência de ingestão associam-se à experiência de cárie. O tipo e a forma de ingestão dos alimentos devem ser considerados para a determinação do potencial cariogênico. Também há associação positiva entre padrões alimentares inadequados na infância e a progressão da doença cárie.
SILVA et al., 2017	Revisar a literatura acerca dos principais fatores de risco envolvidos no surgimento e progressão da cárie precoce da infância.	Revisão de literatura em base de dados Medline, PubMed, Scopus e Web of Science, abrangendo o período entre 2011 a 2017.	Idade, baixo nível de escolaridade dos principais cuidadores; baixa renda familiar, habitantes de zona rural, escasso acesso a serviços de saúde bucal, hábitos alimentares inadequados, conhecimento limitado dos cuidadores sobre higiene bucal, idade tardia de início da escovação, não participação dos cuidadores nas escovações e comprometimento sistêmico.

SOUZA et al., 2017	Avaliar o conhecimento sobre saúde bucal de um grupo de mães de diferentes condições sócioeconômicas	Estudo descritivo transversal com 187 mães de crianças matriculadas na rede municipal de ensino básico, em um município de Santa Catarina, através de um questionário.	A situação socioeconômica interferiu no nível de conhecimento das mães em saúde bucal.
STEPHEN et al., 2015	Avaliar a prevalência de cárie em crianças pré-escolares na faixa etária entre 18 e 72 meses e sua relação com a escolaridade dos pais e o nível socioeconômico da família.	Estudo transversal com 2.771 crianças, de 18 a 72 meses que frequentavam escolas em áreas urbanas, semi-urbanas e rurais de Salem, Tamil Nadu, através de questionário e exame bucal.	Filhos de mães trabalhadoras, menor escolaridade dos pais e grupos socioeconômicos mais baixos.
TSANG et al., 2019	Avaliar a nutrição e a saúde bucal de 836 crianças com idades entre 6 meses e 6 anos e suas famílias nas áreas rurais e urbanas do Nepal.	As mães foram entrevistadas sobre saúde bucal e nutrição materno-infantil, e as crianças receberam exames odontológicos e medidas de peso e altura.	A cárie severa foi associada à desnutrição, especialmente em crianças rurais. Estratégias preventivas são necessárias na primeira infância para incorporar nutrição e educação em saúde bucal e atendimento odontológico aos serviços de saúde materno-infantil.
TURSKA-SZYBKA; GOZDOWSKI; OLCZAK-KOWALCZYK, 2014	Avaliar o impacto da educação individual dos pais voltada para a saúde nos hábitos alimentares e higiênicos, no nível de higiene bucal e na condição da dentição em crianças com alto risco de cárie.	Práticas alimentares e higiênicas, nível de higiene bucal e saúde bucal foram avaliados durante um ano, a cada três meses, em 81 crianças de 18 a 71 meses. A cada visita, os pais recebiam informações sobre as causas da cárie, dicas de nutrição e higiene, além da rotina de escovação a seguir e dos cuidados preventivos necessários.	A educação individual dos pais orientada para a saúde tem uma influência positiva na mudança de hábitos higiênicos e alimentares e na redução do índice DI-S médio em crianças com alto risco de cárie.
ZHANG et al., 2020	Relatar e analisar o estado de saúde bucal e fatores de risco associados à cárie em crianças de 3 a 5 anos em Shandong, China.	Estudo transversal com 1301 Crianças de 3 a 5 anos em Shandong, China.	Idade, alimentação até 6 meses, frequência e consumo de açúcar antes de dormir, experiência de dor de dente no último ano, visitas ao dentista e o aleitamento materno exclusivo 6 meses após o nascimento contribuíram para o alto risco de cárie. A escovação dentária não foi associada à cárie.
ZHOU et al., 2019	Examinar a situação de cárie dentária e seus fatores associados na província de Zhejiang, China.	Estudo transversal com 1.591 crianças com idade entre 3 a 5 anos e seus pais ou responsáveis, através de exame bucal e questionário.	Idade, menor índice de massa corporal (IMC), maior duração da amamentação e com menos horas de sono.

### APÊNDICE 3

Quadro 03- Revisão de literatura sobre a avaliação dos programas de saúde bucal na primeira infância:

ABANTO et al., 2014	Avaliar a eficácia de um programa na incidência e regressão das lesões iniciais de cárie.	Estudo transversal com 296 crianças de 1-12 anos de idade através de exames bucais e questionários, com classificação do risco.	O Programa foi eficaz na redução da incidência e na promoção da regressão das lesões iniciais de cárie em crianças.
ALVES et al., 2018	Avaliar a eficácia do programa de prevenção de doenças bucais e promoção de atendimento odontológico em crianças.	Estudo coorte transversal com 252 crianças entre 36 e 60 meses, com três grupos: G1 (participantes efetivos desde o nascimento); G2 (pararam há mais de 24 meses) e G3 (nunca participaram).	O programa de prevenção e promoção em saúde bucal pública foi eficaz na prevenção da doença cárie, gengivite e má oclusão em crianças menores de 5 anos.
AZEVEDO et al., 2015	Avaliar o impacto de uma intervenção educativa precoce na prevenção de cárie.	Estudo longitudinal de intervenção com 271 crianças de 0-12 meses com orientações sobre saúde bucal por meio de folheto e explicação verbal de alguns tópicos e grupo controle com 251 crianças.	A estratégia de fornecer OHE a partir de um panfleto e com instrução verbal para as mães durante o primeiro ano de vida de seus filhos pode constituir uma ferramenta valiosa para a prevenção de cárie.
BARBOSA et al., 2013	Avaliar a eficácia de um protocolo educativo materno sobre parâmetros biológicos infantis de saúde bucal.	Projeto de intervenção com 53 mães/crianças de 5 a 6 anos, que receberam um protocolo educativo materno durante três anos, através de entrevistas e exames clínicos, com grupo controle (não participantes do protocolo).	O protocolo educativo materno foi ineficaz na promoção de saúde bucal infantil. Estratégias e métodos inovadores devem ser desenvolvidos na Odontologia, em consonância com o conceito de Promoção da Saúde, para a compreensão de complexidades do processo de educação em saúde.
BASIR et al., 2017	Avaliar uma intervenção para prevenir a cárie na primeira infância em uma população pediátrica em Ahvaz, Irã.	Projeto de intervenção com 104 mulheres com crianças de 12 a 36 meses de idade sem cárie dentária encaminhadas a um centro de saúde em Ahvaz, Irã. As crianças foram designadas aleatoriamente a um grupo experimental ou de controle em números iguais.	Esta intervenção teve efeitos positivos sobre a ameaça percebida, educação em saúde e comportamentos de saúde; e a intervenção poderia reduzir a incidência de Cárie.
CÂMARA, 2009	Avaliar o impacto de uma assistência odontológica diferenciada para bebês a partir da comparação de indicadores de Saúde Bucal em crianças expostas e não expostas ao atendimento.	Estudo de intervenção com grupo controle e grupo com expostos através de exames bucais e questionários.	Houve diferença na melhoria do índice de placa visível no grupo da intervenção, porém não houve diferença significativa para índice de sangramento gengival, ceo-s e atividade de cárie. Não houve impacto do programa para a saúde bucal do bebê.
CAWAHISA, 2011	Avaliar o impacto de um programa de atenção à saúde bucal em pré-escolares do Centro de Ensino Infantil (CEI) Lar Escola Bom Samaritano.	Estudo de intervenção com 3 fases: Fase I (identificações dos problemas por meio de exames clínicos e questionários), Fase II (intervenção) e a Fase III (reavaliação).	Existe a necessidade de qualificar e integrar os pais, professores e equipe da ESF para melhorar os cuidados com a saúde bucal. Além disso, é necessário um período maior de acompanhamento desse tipo de programa para se obter resultados mais consistentes sobre seu impacto na saúde bucal das crianças.
ESSVEIN et al., 2019	Avaliar se as características dos serviços de saúde, equipe de saúde bucal e cirurgião-dentista estão associadas à oferta de atendimento odontológico para crianças de até cinco anos na Atenção Básica Brasileira.	Estudo transversal com dados de 18.114 equipes de saúde bucal do Brasil, avaliadas em 2014 pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.	Um quinto das unidades de saúde no Brasil não oferece atendimento odontológico para crianças na primeira infância. A organização e os protocolos de planejamento bem estruturados estão associados à prestação desse serviço, bem como a melhor relação de emprego e a pós-graduação do cirurgião-dentista.
HUGO, 2009	Acompanhar e avaliar crianças de zero a três anos no que se refere à saúde bucal, desenvolvimento facial e orientação dos pais ou responsáveis quanto ao desenvolvimento, crescimento, promoção, prevenção e diagnóstico precoce.	Trata-se de um estudo transversal com 20 crianças, através de questionário e exame bucal.	Houve um grande absenteísmo das mães e crianças nas consultas, refletindo a falta de priorização das famílias com a saúde bucal dos bebês. Sugere-se que os profissionais de saúde desenvolvam mais ações de promoção da saúde bucal principalmente com o cartão do bebê.

LAI et al., 2018	Examinar a eficácia clínica de um programa de saúde bucal de dois anos para bebês e crianças pequenas em Cingapura.	Projeto de intervenção com crianças e seus cuidadores que participaram do programa, e grupo controle com crianças, que eram 24 meses mais velhas do que o grupo de intervenção na visita inicial, em um desenho de estudo quase experimental.	O programa preventivo de saúde bucal em Cingapura foi bem-sucedido na redução da cárie severa na primeira infância quando as modificações de comportamento direcionadas foram implementadas.
LEMOS et al., 2011	Avaliar o impacto do programa de atendimento odontológico precoce “Odontologia para Crianças” do Município de Jacareí (SP), comparando a cárie em indivíduos participantes e não participantes.	Projeto de intervenção, com 300 crianças (0 a 48 meses) em dois grupos: não participantes do programa (G1, n = 100) e participantes do programa (G2, n = 200). Todas as crianças foram avaliadas clinicamente para lesões de cárie pelo método visual-tátil.	A participação no programa impactou positivamente a saúde bucal dos bebês.
LIMA et al., 2019	Relatar a experiência multiprofissional de acadêmicos de enfermagem e professores da Faculdade Estácio, com o intuito de promover práticas preventivas e educativas em saúde bucal, em uma escola municipal localizada em Castanhal-PA.	Relato de experiência do tipo descritivo, de uma ação educativa realizada no bairro do Milagre, localizado no município de Castanhal-PA com 32 crianças.	Essas ações devem utilizar métodos e dinâmicas apropriados para faixa etária infantil. É necessário que as equipes multiprofissionais intensifiquem as ações voltadas para a promoção da saúde bucal com instituições de educação infantil.
LUMSDEN et al., 2019	Avaliar a aceitabilidade, viabilidade e impacto comportamental de curto prazo de uma intervenção de cárie na primeira infância.	Estudo de intervenção com pais/filhos de baixa renda (2-6 anos) que frequentam uma clínica odontológica pediátrica na cidade de Nova York com o programa MySmileBuddy de educação assistida por tecnologia baseada em iPad, estabelecimento de metas e mudança de comportamento.	Os resultados sugerem que o MySmileBuddy foi implementado de forma viável e efetivamente promoveu mudanças de comportamento preliminares relacionadas à cárie. Estudos maiores e de longo prazo são necessários para investigar o impacto do programa.
MAKVANDI et al., 2015	Avaliar o impacto de uma intervenção de saúde bucal entre mães de crianças de 1 a 2 anos.	Ensaio clínico controlado randomizado por agrupamento com 90 mães/crianças de 1 a 2 anos, em 10 creches em Hamadan, Irã. A partir de um grupo de intervenção e um grupo controle. A intervenção consistiu em três sessões, um livreto e lembretes por mensagem de texto no celular.	A intervenção foi moderadamente eficaz na melhoria das cognições e na limpeza dos dentes das crianças auto-relatadas.
MENDES, MOURA e TARJA, 2019	Apresentar um relato de experiência sobre a atividade educativa relacionada à atenção integral e à saúde bucal de crianças em uma comunidade do nordeste brasileiro.	Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de práticas da equipe de Saúde da Família do município de Barras, Piauí, com Oficina Saúde da Criança (diagnóstico situacional em saúde; elaboração do plano de ação; e, monitoramento e avaliação).	Essa oficina constituiu uma estratégia importante para disparar boas práticas de saúde de crianças e cuidadores, além de provocar a participação de toda a equipe de saúde e equipe pedagógica na construção de ações de saúde.
MOIMAZ et al., 2011	Relatar a experiência de dez anos do programa de extensão universitária (como proposta educativo-preventiva) e analisar os resultados quanto às ações educativo-preventivas nas gestantes no período de 1999 a 2009.	Projeto de intervenção com 737 gestantes, através de um Programa educativo-preventivo à gestante com reuniões didático-e e procedimentos clínicos preventivos e curativos.	O programa melhora a situação de saúde bucal das gestantes atendidas, evidencia o seu impacto contribuindo para a formação do cirurgião-dentista e realizando a integração ensino, pesquisa e serviço de saúde.
PIAS, 2019	Avaliar o acesso, longitudinalidade do serviço odontológico, qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças na primeira infância.	Trata-se de estudo observacional, transversal com 144 mães e ou responsáveis legais de crianças, na faixa etária de 2 à 5 anos, através de questionários estruturados.	A longitudinalidade do cuidado, na odontologia, apresentou escore satisfatório, no entanto para o tratamento de agravos bucais e não para a promoção e prevenção da saúde bucal.
PINHEIRO, MOURA e TARJA, 2019	Relatar a experiência de implantação de um projeto de atenção integral à saúde bucal de crianças em uma comunidade do nordeste brasileiro.	Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir de reflexões dos autores sobre implantação de ações voltadas à promoção da saúde bucal de crianças de 0 a 36 meses, desenvolvidas desde 2011 em uma Unidade Básica de Saúde, Piauí, Brasil.	Essa vivência tem um valor significativo, uma vez que mostra ser possível, dentro da Atenção Básica, o desenvolvimento de uma proposta que produz efeitos na saúde bucal dessas crianças contribuindo para melhoria da sua saúde geral.

PINTO et al., 2015	Apresentar os resultados de 15 anos do projeto de extensão universitária de Odontologia para Bebês do ICT/SJC – UNESP, Programa Viver Sem Cárie.	Projeto de intervenção composto por três etapas: palestra educativa para gestante; primeira consulta do bebê; consultas odontológicas do bebê (4/4 meses), até 4 anos.	Dentre os fatores de insucesso, isoladamente ou associados, destacam-se: falta ou descuido nos hábitos de higiene bucal domiciliar; descontrolado dos hábitos alimentares e não assiduidade. A consolidação do programa, ou seja, a ausência do desenvolvimento de lesões de cárie está associada ao uso racional dos açúcares, hábitos de higiene bucal e assiduidade ao programa.
POMINI et al., 2017	Desenvolver atividades nos âmbitos educativos e preventivos com gestantes, puérperas e primeira infância.	O projeto de intervenção com abordagem educativa no pré-natal odontológico, no puerpério imediato e atuando na avaliação bucal, teste da linguinha e acompanhamento do bebê até um ano de vida.	O projeto auxilia na criação de um vínculo entre as gestantes/puérperas e os acadêmicos/residentes, que resulta em uma melhora na aquisição e manutenção de saúde bucal da mãe e do bebê. Assim como auxilia o desenvolvimento e capacitação dos participantes para o atendimento a este público.
RANK et al., 2014	Avaliar a eficácia do Programa de saúde bucal preventivo e educativo na primeira infância, um trabalho interdisciplinar realizado na cidade de Gurupitô, após 4 anos de sua implantação.	Estudo transversal, descritivo com 60 crianças de 3 anos, avaliadas em três grupos, G1: participantes do programa, G2: crianças que deixaram de participar, e G3: crianças que nunca participaram do programa. Através de questionário e exame clínico.	O programa Boquinha do Bebê apresenta eficácia para redução das doenças bucais e necessita buscar meios para constante motivação desta comunidade, com a finalidade de evitar o abandono e, conseqüentemente, a aquisição de doenças.
SIAS e RODRIGUES, 2017	Conceber, planificar, implementar e avaliar uma sequência didática envolvendo a tríade criança-pais-escola, enquanto estratégia de promoção da saúde oral infantil e avaliar os efeitos da implementação da sequência didática nas aprendizagens e mudança de comportamento das crianças.	Estudo de investigação-ação, recorrendo a técnicas de recolha de dados, como, inquéritos por entrevista e questionário, observação participante e compilação documental. A técnica utilizada para a análise dos dados foi a análise de conteúdo.	Os resultados indiciam que houve aprendizagem pelas crianças a nível de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores no âmbito da saúde oral, bem como mudança de comportamento relativos à sua higiene bucal.
STOCCO e BALDANI 2011	Avaliar um programa-piloto desenvolvido na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, o qual monitorou, durante dois anos, o retorno periódico dos bebês para acompanhamento odontológico por meio de suas carteiras de vacina.	Estudo exploratório com 123 crianças de 12 a 36 meses com dados coletados, durante a Campanha de Vacinação, por meio de questionário aplicado aos pais, consulta às carteiras de vacina e exame clínico das crianças.	A carteira de vacina pode ser um instrumento útil para o monitoramento da frequência dos bebês ao cirurgião-dentista.
VOLPATO et al., 2013	Analisar um programa de prevenção infantil que determina em que idade os pais levam seus filhos para a primeira consulta odontológica e os motivos pelos quais o fazem.	Projeto de intervenção com 844 crianças de 0 a 36 meses, cadastradas no programa de manutenção da saúde bucal da Clínica do Bebê.	Este estudo mostrou um perfil preferencialmente preventivo / educacional para as crianças. No entanto, muitos pais ainda levam os filhos ao dentista preferencialmente para tratamento curativo em vez de preventivo.

## ANEXO 1



Universidade Federal da Bahia  
Faculdade de Odontologia

Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde

**QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS**

Data do exame / / N° [ // // ]

Examinador \_\_\_\_\_ Anotador \_\_\_\_\_

Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO:**

- Nome da criança: \_\_\_\_\_
- Nasc.: / / Idade [ ] meses Sexo [ ] 0-Masc 1-Fem.
- Cor/Raça: [ ] 0-branca 1-preta 2-amarela 3-parda -4 indígena 9- ignorado
- Distrito \_\_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_
- ACS \_\_\_\_\_ No da família \_\_\_\_\_ Demanda aberta [ ]
- Pai: \_\_\_\_\_
  - Grau de escolaridade do pai ou responsável legal (avó, avô, tia)  
[ ] 0-analfabeto 1-1º. G incompleto 2-1º. G completo (inclui o 2º. G incompleto) 3-2º. G completo (inclui o 3º. G incompleto) 4- 3º. G completo 5-outros \_\_\_\_\_ 9- Ignorado
  - Prof./Ocupação: \_\_\_\_\_
- Mãe: \_\_\_\_\_
  - Grau de escolaridade da mãe [ ] Obs.: vide código acima
  - Prof./Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel. Fixo: \_\_\_\_\_ Tel. Cel.: \_\_\_\_\_

- Renda familiar (em Salários Mínimos): \_\_\_\_\_
- Situação conjugal [ ] 0-solteiro 1-casado 2-viúvo 3-separado 4-juntado 5- União estável 9-ignorado
- N° de irmãos [ ] Ordem de nascimento [ ] N° de pessoas no domicílio [ ]
- Casa [ ] 0-Própria 1-Alugada 2-Cedida 3-Outros \_\_\_\_\_ 9-Ignorado
- Número de cômodos [ ] Água encanada [ ] Rebocada [ ] 0-Não 1-Sim
- Recebe Bolsa Família [ ] 0-Não 1-Sim

**II. AVALIAÇÃO GERAL:**

**GESTAÇÃO:**

- Idade da mãe [ ] anos No de filhos [ ]
- Fez Pré-natal: [ ] 0-Não 1- Sim Número de consultas [ ]
- História gestacional [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0-normal 1- infecção urinaria 2- hipertensão 3- diabetes 4-cardiopatia 5-doença pulmonar 6- doenças infecciosas 7-zika/dengue/ chicungunya 8- outro
- Uso de medicamentos [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1-Antibióticos 2-Suplemento vitamínico 3-Sulfato ferroso 4- Outros \_\_\_\_\_
- Motivo: \_\_\_\_\_ Período gestacional \_\_\_\_\_
- Acidentes: [ ] 0-Não 1- Sim Período gestacional \_\_\_\_\_
- Uso de drogas [ ] [ ] [ ] 0-Não 1- Fumo 2-Álcool 3-Outras \_\_\_\_\_
- Parto [ ] 1- Normal 2-Normal com fórceps 3- Cesárea 4- Cesária com fórceps  
Idade gestacional [ ] 1-Termo 2-Prematuro

**RECÉM-NASCIDO (até 29 dias):**

- Nascimento [ ] [ ] [ ] [ ] 1- Normal 2- Anóxia 3- Cianose 4- Hemorragia
- Dificuldade de sucção [ ] 0- Não 1- Sim Apgar [ ]
- Peso ao nascer [ ] kg Altura ao nascer [ ] cm
- Hospitalizações [ ] 0- Não 1- Sim
- Uso de sonda [ ] 0- Não 1- Sim Tempo [ ] dias
- Entubação [ ] 0- Não 1- Sim Tempo [ ] dias
- Uso de medicamentos [ ] 0- Não 1- Sim Qual \_\_\_\_\_

**1º ano:**

- Doenças [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
0- Não 1- Sarampo 2- Rubéola 3- Caxumba 4- Escarlatina 5- Catapora  
6- D. Respiratórias 7- D. cardíacas 8- D. Renais 9- Ignorado 10- D. Reumáticas  
11- D. Hepáticas 12- D. Hematológicas 13- D. Neurológicas 14 Outras \_\_\_\_\_
- Tratamento médico [ ] 0- Não 1- Sim Motivo: \_\_\_\_\_
- Problemas alérgicos [ ] 0- Não 1- Pele 2- Respiratório 3- Outros \_\_\_\_\_
- Uso de medicamentos [ ] 0- Não 1- Sim Qual \_\_\_\_\_
- Frequência de uso de medicamentos [ ] 1- Muito frequente 2- Pouco frequente
- Imunização [ ] 0- Não 1- Sim 2- Incompleta

**AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO**

- Aleitamento materno exclusivo [ ] 0- Não 1- Sim
- Período (Mês): \_\_\_\_\_ Frequência (vezes ao dia): \_\_\_\_\_
- Misto [ ] 0- Não 1- Sim
- Período (Mês): \_\_\_\_\_ Frequência: (vezes ao dia): \_\_\_\_\_
- Mamadeira exclusivo [ ] 0- Não 1- Sim
- Período (Mês): \_\_\_\_\_ Frequência (vezes ao dia): \_\_\_\_\_
- Conteúdo [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 1- leite bovino 2- leite caprino 3- leite vegetal 4- engrossante 5- fórmula infantil 6- Outros \_\_\_\_\_
- Adoçantes [ ] [ ] [ ] [ ] 0- Não 1- Açúcar 2- Mel 3- Outros \_\_\_\_\_
- A partir de quantos meses: \_\_\_\_\_
  - Alimentação noturna [ ] 0- Não 1- Sim
  - [ ] Antes de dormir 0- Não 1- Sim Até quando (Mês): \_\_\_\_\_
  - Tipo [ ] 1- Peito 2- Mamadeira 3- Misto 4- copo/canudo
  - Conteúdo da Mamadeira/copo: \_\_\_\_\_
  - [ ] Durante o sono 0- Não 1- Sim
  - Até quando (Mês): \_\_\_\_\_
  - Alimentação complementar: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
1- chá com açúcar 2- chá sem açúcar 3- suco com açúcar 4- suco sem açúcar 5- refrigerante, 6- comida caseira, 7- frutas, 8- balas, chicletes 9- biscoitos recheados  
10- verduras.

**HIGIENE BUCAL DO BEBÊ**

- Recebeu alguma orientação? [ ] 0- Não 1- Sim 9- Ignorado
- Quem forneceu? [ ] [ ] [ ] [ ] 0- não teve 1- médico/enfermeiro 2- dentista, TSB, ASB 3- ACS 4- Familiar 5- outros 9- ignorado.
- Considera importante cuidar dos dentes da criança? [ ] 0- Não 1- Sim 2- Indiferente  
Justificativa \_\_\_\_\_
- Limpa a boca da criança [ ] 0- Não 1- Sim
- Quem escova: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- Pais ou responsáveis 1- Cuidador\ babá 2- própria criança -3 Outros \_\_\_\_\_
- O que utiliza: [ ] 0- água 1- Pasta sem flúor 2- Pasta com flúor 3- Outro \_\_\_\_\_
- Frequência [ ] vezes 1- uma 2- duas 3- três ou mais

- Horário: [ ] 1- Manhã [ ] 2-Tarde [ ] 3-Antes de dormir
- Início \_\_\_\_\_ meses
- Frequenta creche? [ ] 0-Não 1-Sim
- Escova os dentes na creche? [ ] 0-Não 1-Sim
- Possui escova compartilhada? [ ] 0-Não 1-Sim
- Dorme em cama compartilhada? [ ] 0-Não 1-Sim

▪ **SAÚDE BUCAL DA MÃE:**

- Já teve dor de dente? [ ] 0-Não 1-Sim 9-Ignorado  
Se sim, procurou atendimento? [ ] 0-Não 1-Sim 9-Ignorado
  - Se não, qual o motivo? [ ] 0-dificuldade no acesso 1- não achou importante  
2-Outros
- 
- Já restaurou algum dente? [ ] 0-Não 1-Sim 9-Ignorado
  - Já perdeu algum dente? [ ] 0-Não 1-Sim 9-Ignorado ]
  - Apresenta sangramento gengival freqüente? [ ] 0-Não 1-Sim 9-Ignorado
  - Necessita de tratamento odontológico? [ ] 0-Não 1-Sim 9-Ignorado
  - Realizou pré-natal odontológico? [ ] 0-Não 1-Sim 9-Ignorado

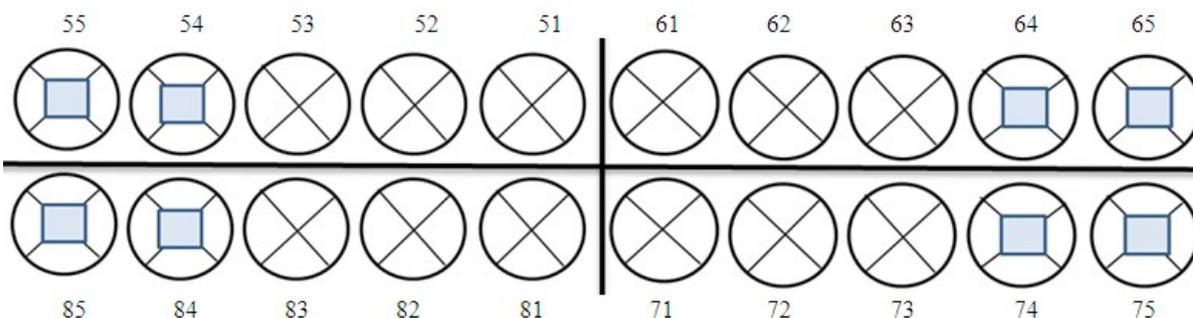
**AVALIAÇÃO BUCAL (T0)**

Alterações de mucosa oral (Lábios, Bochechas, Língua, assoalho, gengiva, rebordo, palato)

Já teve candidíase/sapinho? [ ] 0-Não 1-Sim

- Alterações de Desenvolvimento [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- nenhuma 1-Cistos 2-Nódulos 3-Pérolas 4-Dente natal 5-Dente neonatal 6-Tumores 7-Outros
- Freio Labial Superior [ ] 0-Inserção normal 1- Inserção baixa
- Freio Lingual: [ ] 0-Normal 1-Curto
- Distúrbios de erupção [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- nenhum 1-cocceira gengival, 2-irritação, 3-coriza, 4-salivação aumentada, 5-diarreia, 6-sono agitado, 7-febre, 8- cistos 9- Outros

ODONTOGRAMA: Início da erupção: \_\_\_\_\_ meses (circular dentes presentes)



**Legenda: aplicar para cada superfície um código: C, MB; O; E; 9 (Excluído); P (pigmentado). E um número conforme o ICDAS II: 1-opacidade notável com pigmentação retida em fóssulas/fissuras 2-opacidade notável com pigmentação que extrapola fundo de fóssulas e fissuras 3- cavitação em esmalte 4- cavitação com sombreamento em dentina com microcavitação ou não em dentina 5- cavitação com exposição de dentina (até 1/2 superfície) 6- cavitação com exposição de dentina (maior que 1/2 superfície).**

- Presença de placa bacteriana visível [ ] 0-Não 1- Sim
- Anomalias [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1-Extranumerário 2-Agenesia 3-Forma 4-Cor 5-Posição 6-Hipoplasia 7-Hipocalcificação 8-Outras \_\_\_\_\_
- Má oclusão (SB Brasil): [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- normal 1-Mordida Cruzada Posterior

2-Mordida Aberta Anterior 3- Mordida Cruzada Anterior 4- Apinhamento

5- Outros \_\_\_\_\_

- Hábitos [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1-Sucção digital 2-Chupeta convencional 3-Chupeta ortodôntica 4-Chupeta adocicada 5-Respiração bucal 6-Outros \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_ Anotador: \_\_\_\_\_

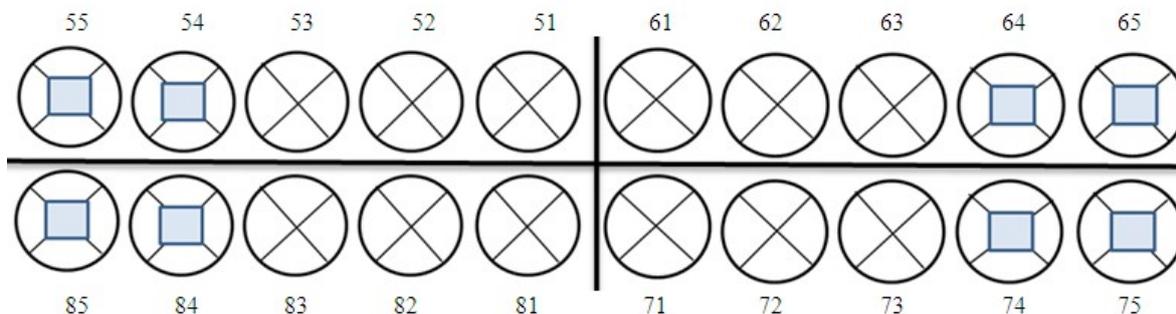
**AVALIAÇÃO BUCAL (T1)** Idade: \_\_\_\_\_ meses

Alterações de mucosa oral (Lábios, Bochechas, Língua, assoalho, gengiva, rebordo, palato) \_\_\_\_\_

Já teve candidíase/sapinho? [ ] 0-Não 1-Sim

- Alterações de Desenvolvimento [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- nenhuma 1-Cistos 2-Nódulos 3-Pérolas 4-Dente natal 5-Dente neonatal 6-Tumores 7-Outros
- Freio Labial Superior [ ] 0-Inserção normal 1- Inserção baixa
- Freio Lingual: [ ] 0-Normal 1-Curto
- Distúrbios de erupção [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- nenhum 1-coceira gengival, 2-irritação, 3-coriza, 4-salivação aumentada, 5-diarreia, 6-sono agitado, 7-febre, 8- cistos 9- Outros

ODONTOGRAMA: Início da erupção: \_\_\_\_\_ meses (circular dentes presentes)



**Legenda:** aplicar para cada superfície um código: C, MB; O; E; 9 (Excluído); P (pigmentado).  
**E** um número conforme o ICDAS II: 1-opacidade notável com pigmentação retida em fóssulas/fissuras 2-opacidade notável com pigmentação que extrapola fundo de fóssulas e fissuras 3- cavitação em esmalte 4- cavitação com sombreado em dentina com microcavitação ou não em dentina 5- cavitação com exposição de dentina (até 1/2 superfície) 6- cavitação com exposição de dentina (maior que 1/2 superfície).

- Presença de placa bacteriana visível [ ] 0-Não 1- Sim
- Anomalias [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1-Extranumerário 2-Agenesia 3-Forma 4-Cor 5-Posição 6-Hipoplasia 7-Hipocalcificação 8-Outras \_\_\_\_\_
- Má oclusão (SB Brasil): [ ] [ ] [ ] [ ] 0- normal 1-Mordida Cruzada Posterior 2-Mordida Aberta Anterior 3- Mordida Cruzada Anterior 4- Apinhamento 5-Outros \_\_\_\_\_

- Hábitos [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1-Sucção digital 2-Chupeta convencional 3-Chupeta ortodôntica 4-Chupeta adocicada 5-Respiração bucal 6-Outros \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_ Anotador: \_\_\_\_\_

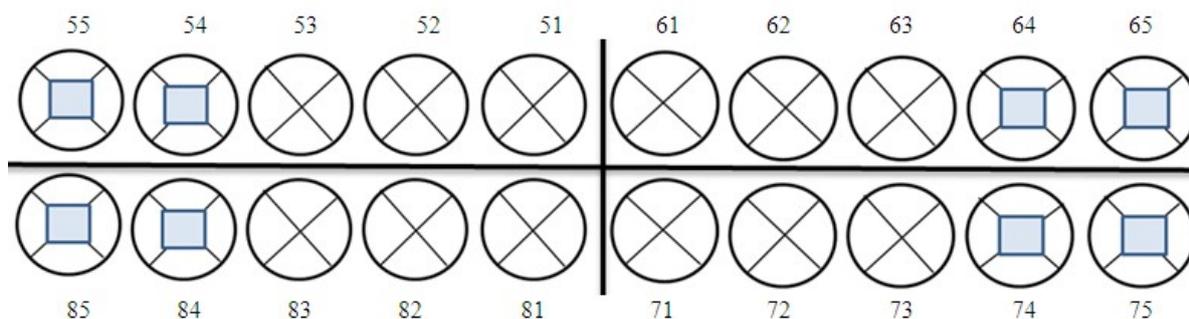
**AVALIAÇÃO BUCAL (T2) Idade: \_\_\_\_\_ meses**

Alterações de mucosa oral (Lábios, Bochechas, Língua, assoalho, gengiva, rebordo, palato) \_\_\_\_\_

Já teve candidíase/sapinho? [ ] 0-Não 1-Sim

- Alterações de Desenvolvimento [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- nenhuma 1-Cistos 2-Nódulos 3-Pérolas 4-Dente natal 5-Dente neonatal 6-Tumores 7-Outros \_\_\_\_\_
- Freio Labial Superior [ ] 0-Inserção normal 1- Inserção baixa
- Freio Lingual: [ ] 0-Normal 1-Curto
- Distúrbios de erupção [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- nenhum 1-coceira gengival, 2-irritação, 3-coriza, 4-salivação aumentada, 5-diarreia, 6-sono agitado, 7-febre, 8- cistos 9- Outros \_\_\_\_\_

ODONTOGRAMA: Início da erupção: \_\_\_\_\_ meses (circular dentes presentes)



**Legenda: aplicar para cada superfície um código: C, MB; O; E; 9 (Excluído); P (pigmentado). E um número conforme o ICDAS II: 1-opacidade notável com pigmentação retida em fóssulas/fissuras 2-opacidade notável com pigmentação que extrapola fundo de fóssulas e fissuras 3- cavitação em esmalte 4- cavitação com sombreamento em dentina com microcavitação ou não em dentina 5- cavitação com exposição de dentina (até 1/2 superfície) 6- cavitação com exposição de dentina (maior que 1/2 superfície).**

- Presença de placa bacteriana visível [ ] 0-Não 1- Sim
- Anomalias [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1-Extranumerário 2-Agenesia 3-Forma 4-Cor 5-Posição 6-Hipoplasia 7-Hipocalcificação 8-Outras \_\_\_\_\_
- Má oclusão (SB Brasil): [ ] [ ] [ ] [ ] 0- normal 1-Mordida Cruzada Posterior 2-Mordida Aberta Anterior 3- Mordida Cruzada Anterior 4- Apinhamento 5-Outros \_\_\_\_\_
- Hábitos [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1-Sucção digital 2-Chupeta convencional 3-Chupeta ortodôntica 4-Chupeta adocicada 5-Respiração bucal 6-Outros \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_ Anotador: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

UFBA - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA (FOUFBA) DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Odontologia para Bebês na Estratégia de Saúde da Família (ESF)

**Pesquisador:** MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 86429217.0.0000.5024

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde -UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.857.836

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de intervenção longitudinal de caso e controle, com a avaliação de programas de Odontologia para bebês de até 36 meses, na ESF, com uma abordagem quantitativa e qualitativa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o potencial preventivo de um programa de Odontologia para bebês para o diagnóstico de alterações bucais em bebês de 6 a 36 meses, na Estratégia de Saúde da Família, em Salvador-BA.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os possíveis riscos que podem ocorrer em relação ao desconforto dos pais e/ou responsáveis em prestar informações foi previsto, porém será minimizado pela manutenção dos dados em sigilo. Os participantes poderão não responder perguntas que possam lhe causar constrangimento ou até mesmo interromper a entrevista. As informações colhidas ficarão sob a guarda e responsabilidade das pesquisadoras, durante 5 anos, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA).

O estudo tem como benefícios ajudar na melhoria da qualidade dos serviços odontológicos oferecidos para os bebês, ampliando o acesso aos serviços odontológicos da faixa etária que será trabalhada, prevenindo doenças bucais. Além disso, o acompanhamento da saúde bucal dos bebês poderá prevenir a cárie e melhorar os hábitos de higiene bucal e alimentares, como também o vínculo entre famílias e equipe, contribuindo para a conquista de uma geração livre de cárie. Será

**Endereço:** Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-8965

**Fax:** (71)3283-8965

**E-mail:** cepodobahia@ufba.br

UFBA - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA (FOUFBA) DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.857.836

garantido acesso aos serviços odontológicos para os sujeitos que foram identificados necessidades de tratamento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto encontra-se bem fundamentado, tem relevância social e científica para a saúde coletiva e é exequível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE em conformidade com Resolução 466/12, no entanto, ainda não apresenta de forma clara o contato completo CEP, para eventuais esclarecimentos ao participante da pesquisa.

Cronograma e orçamento financeiro estão em conformidade.

**Recomendações:**

Recomenda-se adicionar de forma clara no TCLE o contato do CEP, ou seja, endereço completo e telefone.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A plenária acompanha o parecer do relator

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_996603.pdf	02/08/2018 20:35:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_Maria_Lizzia_CEP_resposta2.pdf	02/08/2018 20:35:24	MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_maria_lizzia.pdf	14/05/2018 11:25:24	MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pdf_Maria_Lizzia.pdf	17/10/2017 19:39:07	MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_Maria_Lizzia.pdf	21/09/2017 11:58:48	MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS	Aceito

**Endereço:** Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 40.110-150  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8965 **Fax:** (71)3283-8965 **E-mail:** cepodobahia@ufba.br

UFBA - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA (FOUFBA) DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.857.836

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 30 de Agosto de 2018

---

**Assinado por:**

**Arlei Cerqueira  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar

**Bairro:** Canela **CEP:** 40.110-150

**UF:** BA **Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-8965 **Fax:** (71)3283-8965 **E-mail:** cepodobahia@ufba.br