



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Almeida de Deus Moura, Lúcia de Fátima; Silva de Moura, Marcoeli; de Toledo, Orlando Ayrton
Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de
atenção materno-infantil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 4, julho-agosto, 2007, pp. 1079-1086
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012426>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil

Knowledge of oral health and practices among mothers attending a mother-child dental care program

Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura ¹

Marcoeli Silva de Moura ¹

Orlando Ayrton de Toledo ²

Abstract *This study assesses the assimilation of knowledge and preventive practices in oral health among the mothers of children assisted by a mother-child dental care program. The Preventive Program for Pregnant Mothers and Babies (PPPMB) is an extension project run by the Piauí Federal University (UFPI), whose goal is to make pregnant women and mothers of children from zero to 36 months old more concerned about habits fostering oral health. After a random selection of clinical record cards for children who had participated in this Program, letters were sent to their mothers. Feedback was received from 281 mothers, who responded through interviews that included questions on matters addressed by the Program. The findings indicate that mothers attending this Program were properly informed, adopting hygienic practices in their families that underpin the control and prevention of oral diseases.*

Key words *Oral health, Health promotion, Child care*

Resumo *O objetivo do presente estudo foi avaliar a assimilação e as práticas preventivas em saúde bucal adotadas por mães de crianças que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno infantil. O Programa Preventivo para Gestantes e Bebês (PPGB) é um programa de extensão vinculado à Universidade Federal do Piauí (UFPI), que tem como meta a conscientização de gestantes e mães de crianças de zero a 36 meses para a adoção de hábitos favoráveis à obtenção de saúde bucal. Realizou-se uma seleção aleatória de fichas clínicas de crianças que haviam participado do PPGB e, através destas fichas, foram enviadas cartas às mães. Houve um retorno de 281 mães, as quais foram submetidas a entrevistas envolvendo os temas abordados pelo programa. Pelos resultados obtidos, pôde-se concluir que as mães freqüentadoras do PPGB detêm um bom nível de informação e adotam, no âmbito familiar, práticas de saúde favoráveis ao controle e prevenção de doenças bucais.*

Palavras-chave *Saúde bucal, Promoção de saúde, Atenção infantil*

¹ Departamento de Patologia e Clínica Odontológica, Universidade Federal do Piauí, UFPI.

Campus Universitário Petrônio Portella, Ininga, 64049-550 Teresina PI.
mouraiso@uol.com.br

² Universidade de Brasília.

Introdução

O Programa Preventivo para Gestantes e Bebês (PPGB) é um programa de extensão do curso de Odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), implantado em 1997, e cujas práticas desenvolvem-se no Instituto de Perinatologia Social do Piauí (IPSP), centrando-se em uma perspectiva preventiva promocional (Quadro 1)¹.

O objetivo do PPGB é de conscientização de mães, de sorte a encorajá-las na adoção de hábitos capazes de prevenir e/ou controlar o curso de evolução das doenças placa-induzidas, perpetuados ao longo de gerações e de que são exemplos a cárie dentária e doenças periodontais. Dentro do contexto abordado, a equipe que participa do programa orienta e qualifica as mães para práticas em saúde bucal, com o que visa a torná-las competentes e interativas e, a partir da apreensão dos conhecimentos adquiridos, passarem a exercer, também, a função de promotoras de saúde. Em última análise, essas ações auxiliam na modificação de antigos costumes e construção de novos hábitos, tanto no ambiente familiar quanto no coletivo, obtendo, com isso, melhor qualidade de vida a todos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como sendo *a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*².

O crescimento e desenvolvimento de uma criança são condicionados pela herança genética e fortemente influenciados pelo meio ambiente, sobretudo no que se refere à instalação de doenças e à nutrição. Por essa razão, as ações direcionadas ao atendimento de crianças devem priorizar a promoção da saúde, seguida da prevenção, diminuindo, assim, os risco de desenvolvimento de afecções.

Historicamente, observou-se que os programas brasileiros de saúde bucal priorizavam crianças na faixa etária de 6 a 14 anos, deixando de lado a fase de dentadura decídua em virtude de se acreditar que a mesma não seria apta para praticar as ações propostas³.

Com os avanços das pesquisas na área de Cariologia e a melhor compreensão da dinâmica do processo saúde/doença, ficou clara a necessidade de se implementar a atenção odontológica para o binômio mãe/criança, pois a ciência já comprovou que a transmissão da microbiota cariogênica se processa também de forma vertical e que os estreptococos cariogênicos estabili-

zam-se na cavidade bucal durante a fase de irrompimento dos primeiros dentes decíduos⁴. Em decorrência dos fatos abordados, inúmeros programas de assistência materno-infantil foram implementados, tornando a importância do atendimento odontológico precoce, atualmente, fato consolidado e indiscutível.

A primeira experiência brasileira de atendimento odontológico de bebês começou em Londrina-PR, em 1985, com a criação da Bebê-Clinica, idealizada com o objetivo de prevenir e controlar a doença cárie em crianças de 0 a 36 meses⁵.

O presente estudo tem por objetivo avaliar o nível de assimilação e práticas odontológicas preventivas adotadas por mães de crianças que freqüentaram o PPGB.

Material e método

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) (parecer 004/2003), iniciou-se o estudo. As entrevistadas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, obedecendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

Foi realizada uma seleção aleatória de fichas clínicas de crianças que haviam participado do PPGB em diferentes números de consultas e, através desta seleção, enviaram-se cartas às mães. Houve um retorno de 281 mães, as quais foram submetidas a entrevistas envolvendo os temas abordados pelo programa, bem como a respeito das práticas em saúde bucal desenvolvidas no cotidiano do âmbito familiar.

Os dados foram coletados por uma única avaliadora, mediante uso da técnica da entrevista semi-estruturada. Entrevistas semi-estruturadas são aquelas que partem de determinados pressupostos iniciais, mas que outorgam ao entrevistado liberdade para responder seus quesitos.

As entrevistas foram aplicadas nos meses de dezembro de 2003 e janeiro, fevereiro e julho de 2004. Os resultados obtidos foram registrados em fichas individuais para posterior digitação e análise. Fez-se uso dos recursos da planilha de cálculo do Programa Excel®.

Resultados

Pelos dados expostos, observa-se, claramente, que a maioria das mães relaciona as informa-

Quadro 1. Protocolo de Atendimento de crianças no PPGB. UFPI, 2005.

Palestras educativas - orientações às gestantes
1. Sobre os cuidados que devem ter com relação à prevenção de afecções bucais prevalentes, bem como sobre a transmissibilidade da doença cária dentária; 2. Importância do pré-natal odontológico – adequação do meio bucal durante a gravidez; 3. Importância do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros meses de vida 4. Orientações sobre os transtornos potenciais que podem causar os hábitos de sucção não nutritivos.
Atendimento clínico inicial da criança – antes do irrompimento dos primeiros dentes
Exame da criança: → Avaliação da cavidade bucal; → Orientações sobre higiene bucal: fralda umedecida em água filtrada. O horário deve coincidir com o da higiene corporal; → Importância do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros meses de vida; → Orientações sobre os transtornos potenciais que podem causar os hábitos de sucção não nutritivos; → Orientações sobre irrompimento dos primeiros dentes.
Atendimentos de manutenção preventiva – após irrompimento dos primeiros dentes
Dentes anteriores irrompidos: → Orientações sobre dieta (uso racional de açúcares, ou seja, no horário de refeições) e sobre os transtornos potenciais que podem causar os hábitos de sucção não nutritivos; → Orientações sobre a importância do controle do aleitamento noturno (diminuição da capacidade de auto-limpeza promovida pela saliva); → A higiene bucal deve ser realizada utilizando-se um pedaço de fralda ou gaze, acrescida de pequena quantidade de creme dental fluoretado; → Aplicação tópica de flúor gel neutro; → Retorno para manutenção preventiva trimestral.
Molares irrompidos: → Orientações sobre dieta (uso racional de açúcar) e hábitos bucais de sucção deletérios; → Início da escovação dentária. Utilizou-se escova infantil e pequena quantidade de creme dental fluoretado; → Aplicação tópica de flúor gel neutro; → Retorno para manutenção preventiva trimestral.
Crianças que apresentam lesões de manchas brancas ativas
→ Retornar durante quatro semanas consecutivas para motivação da família sobre escovação dental e dieta; → Aplicação tópica de flúor em gel neutro; → Retorno para manutenção preventiva trimestral.
Crianças que apresentam lesões cariosas cavitadas, vitimadas por traumatismos dentários ou atingiram a idade-limite de 3 anos
→ São encaminhadas para atendimentos na clínica infantil da UFPI.

ções repassadas pelo PPGB ao controle de higiene bucal e dieta. Além disso, resultou patente que os retornos às consultas de manutenção preventiva do PPGB ainda se distanciam daqueles relativos às visitas médicas, sendo, todavia, inconsistentes os argumentos apresentados pelas mães como justificativa para tal constatação.

As mães mostraram-se conscientes e informadas quanto à etiologia e métodos preventivos da cária dentária.

Teste qui-quadrado (χ^2): $p = 0,016$. Coeficiente de correlação de Spearman = $-0,105$. Quanto maior a escolaridade da mãe, menor freqüência de ingestão de açúcares. O número de escova-

ções dentárias e a escolaridade da mãe são independentes ($p = 0,124$) e coeficiente de correlação de Spearman = - 0,139.

Discussão

O espaço físico onde são desenvolvidas as práticas do PPGB é favorável ao exercício da interdisciplinaridade em saúde; eis que se trata de um ambulatório em que atuam profissionais de diversas áreas das ciências da saúde e cujas equipes trabalham em torno da saúde de gestantes e crianças. Em razão de tais características, o ambiente foi considerado pela UNICEF como um "Hospital Amigo da Criança". O protocolo de atendimento do PPGB está demonstrado no Quadro 1.

Nas crianças com dentes presentes, realiza-se sistematicamente aplicação tópica de flúor gel neutro em atenção ao fato de que o esmalte de dentes deciduos recém irrompidos apresenta alto conteúdo de carbonato, além do que a dissolução do referido mineral, na ausência de fluorescentes, predispõe ao início da cárie⁶. Outro motivo que condiciona a utilização desse procedimento é o relato de mães sobre a alta freqüência diária de ingestão de carboidratos fermentáveis, hábito que coloca os dentes em constantes ciclos de desmineralizações, tendo em vista que o processo depende da concentração de flúor na interface dente-placa. Além da interferência no processo de desmineralização e remineralização, o flúor influencia o crescimento e metabolismo bacterianos⁷. A opção pelo gel neutro deve-se ao sabor mais agradável e menor estímulo à produção de saliva, quando comparado com o gel acidulado.

Os atendimentos interdisciplinares a gestantes e bebês são essenciais na busca pela saúde, sendo o período da gestação um momento privilegiado para ações dessa natureza, eis que, nessa ocasião, as gestantes se mostram mais suscetíveis a mudanças de hábitos relacionados a saúde e costumes arraigados⁸.

Um programa educativo de saúde deve ampliar os conhecimentos já existentes e praticados pelas famílias ou grupos sociais e, por meio de diálogos, buscar a construção de novos aprendizados, resultantes de um resgate do saber popular e sua atualização pelo conhecimento científico, criando, em consequência, um ambiente social de desenvolvimento⁹.

As doenças bucais placa-induzidas, como a cárie dentária e doenças periodontais, podem ser controladas e prevenidas pelo próprio indivíduo,

quando motivado e capacitado a desenvolver as medidas necessárias. Pela avaliação dos dados contidos na Tabela 1, pode-se observar que a maioria da população estudada é jovem (58,0% com idade inferior a 30 anos), possui número limitado de filhos e apresenta razoável grau de escolaridade e renda familiar. Todos esses fatos favorecem, de maneira inequívoca, uma melhor prática dialógica. Embora a educação formal, por si só, não detenha o condão de introduzir níveis desejados de saúde à população, ela pode fornecer elementos que habilitem os indivíduos a obter ganho de autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis¹⁰, consoante se extraí dos dados dispostos na Tabela 5.

Cárie precoce da infância é um termo que descreve a instalação da doença cárie dentária em crianças menores de três anos. A situação é hoje considerada um problema de saúde pública, uma vez que a doença acomete crianças em fase inicial do irrompimento dos dentes e está quase sempre associada ao hábito de amamentação noturna, alto consumo de carboidratos fermentáveis e negligência na higiene bucal^{11, 12, 13, 14}. Estudos epidemiológicos têm associado o aumento do risco de cárie precoce da infância a uma baixa condição nível socioeconômica familiar e reduzido nível de escolaridade materna^{15, 12}.

Tabela 1. Perfil da população avaliada. UFPI, 2005.

Característica	Freqüência	%
Idade das mães (anos)		
25	68	24,2
26-30	95	33,8
30	118	42,0
Escolaridade das mães (anos de estudo formal)		
3	39	13,9
4-7	87	30,9
8-11	136	48,4
Universitária	19	6,8
Renda familiar (salários mínimos)		
1	23	8,2
2	65	23,1
3	101	35,9
4	92	32,8
Número de filhos		
1	113	40,2
2	127	45,3
3	34	12,0
4	07	2,5

A maioria das mães entrevistadas não lembra ou não assistiu às palestras educativas ministradas como parte integrante das atividades propostas pelo PPGB (Tabela 2). Tal fato pode ser justificado pela forma como é estruturado o funcionamento do IPSP. O serviço determina que as pacientes, no momento em que recebem o resultado do teste positivo de gravidez, sejam conduzidas a um auditório para assistirem a diversas palestras ministradas por profissionais de saúde, dentre os quais se inclui o dentista. Depois de receberem as referidas informações, as gestantes são encaminhadas aos médicos obstetras, que as acompanharão durante o período pré-natal. Por sua vez, as gestantes que buscam o serviço do IPSP com a gravidez já comprovada ficam excluídas desse procedimento inicial; daí o elevado percentual (50,9%) de mães que não recebem as orientações mencionadas. De maneira diversa, observa-se que, das mães entrevistadas que assistiram à palestra educativa, 82,6% pro-

curaram atendimento odontológico durante a gravidez (Tabela 2).

É por intermédio de conhecimentos adquiridos pelo processo educativo que as famílias podem confrontar as ações que vêm praticando ao longo dos anos com os novos conhecimentos obtidos por meio de diálogos com equipes de saúde. Dessa forma, novos conceitos passam a ser assimilados e utilizados nas práticas diárias e, somados a outros precedentes, vão, aos poucos, modificando as ações e os pensamentos, de sorte a imprimir, gradativamente, transformações benéficas na realidade. Unfer & Saliba¹⁶ realçam a importância de uma linguagem acessível a ser adotada nos programas educativos coletivos.

Alguns itens devem ser direcionados ao profissional educador com o objetivo de facilitar o processo ensino/aprendizagem, incluindo a simplicidade no modo de expressão, a sintonia entre o conteúdo proposto e a realidade local, bem como o estímulo ao aprendizado participativo¹⁷.

Tabela 2. Temas abordados, número de consultas freqüentadas ao PPGB e última consulta da criança ao médico. UFPI, 2005.

Perguntas	Freqüência	%
Assuntos abordados no PPGB?		
Higiene bucal e hábitos	60	21,4
Higiene bucal, dieta e amamentação	100	35,6
Higiene bucal, dieta e hábitos	89	31,6
Outros	32	11,4
Assistiu palestra odontológica durante a gravidez?		
Sim	138	49,1
Não	127	45,2
Não lembra	16	5,7
Procurou atendimento odontológico durante a gravidez?		
Sim	114	40,6
Não	167	59,4
Número de consultas freqüentadas ao PPGB		
Uma	87	31,0
Duas a três	83	29,5
Quatro a cinco	46	16,4
Seis ou mais	65	23,1
Motivo do abandono do PPGB		
Falta de tempo	62	22,0
Completou idade-limite	109	38,8
Dificuldade de consulta	83	29,5
Outros	27	9,7
Última consulta da criança ao dentista		
6	105	37,4
6 -12	61	21,7
12	115	40,9
Última consulta da criança ao médico pediatra (meses)		
6	213	75,8
6 -12	49	17,4
12	19	6,8

Pelos dados apresentados na Tabela 2, observa-se que a maioria das mães desistiu do atendimento antes de as crianças terem atingido a idade-limite de três anos, mostrando-se inconsistentes as justificativas apresentadas para a desistência, sobretudo considerando-se que as crianças continuaram freqüentando as consultas agendadas com o médico pediatra. Tal constatação despertou a necessidade de discussão com a equipe do PPGB para que fossem implementadas estratégias capazes de motivar as mães para o retorno às consultas de manutenção preventiva.

Quando são confrontadas as periodicidades de consultas ao pediatra e ao dentista (Tabela 2), observa-se que as crianças são muito mais assíduas às visitas médicas que às odontológicas. A comprovação do fato abre espaço para discussão e elaboração de estratégias capazes de sensibilizar e motivar as mães para o retorno de consultas odontológicas de manutenção preventiva no PPGB.

Como a cárie dentária é uma doença infeciosa, o tratamento deve basear-se no controle da microbiota patogênica. Nas consultas de manutenção preventiva das crianças no PPGB, os responsáveis são treinados e motivados a desenvolverem corretamente a higiene bucal das crianças, ao tempo em que é enfatizado, também, que a prática tenha horários pré-determinados, medida que poderá ser implementada, por exemplo, associando-se o horário da higiene bucal àquele já estabelecido para a higiene corporal.

Para melhor assimilação das informações ministradas no programa, utilizam-se cartões e álbuns com fotografias de crianças saudáveis, com todos os dentes hígidos, executando higiene bucal e controlando o consumo de açúcares e a instalação de hábitos de sucção deletérios. São apresentadas, também, situações inversas, ou seja, fotos de crianças vitimadas por negligência ou desconhecimento dos responsáveis, com as sequelas provocadas pela evolução da doença cárie dentária e/ou diferentes tipos de maloclusões associadas aos hábitos de sucção deletérios. As fotografias mencionadas foram obtidas de revistas veiculadas nos meios de comunicação.

O efeito do alimento na cavidade bucal é o fator mais importante na etiopatogenia da cárie em virtude de a dieta exercer influência no tipo e quantidade da placa dentária, produção de ácidos pelos microorganismos, qualidade e quantidade de secreção salivar. O papel primordial do açúcar no processo da cárie está documentado em vários estudos epidemiológicos e clínicos⁷.

Apesar de a maioria das mães ter feito refe-

rência ao controle da dieta e higiene bucal como item relevante ministrado nas consultas realizadas no PPGB, muitas crianças fazem uso freqüente de carboidratos em sua dieta (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Conhecimento das mães sobre etiologia da cárie dentária e meios de prevenção adotados nas crianças. UFPI, 2005.

Pergunta	Freqüência	%
O que causa a cárie dentária?		
Comer muito doce	76	27,0
Não escovar os dentes	11	4,0
Comer doce e não escovar os dentes	194	69,0
Como evitar a instalação da doença cárie dentária?		
Escovando os dentes	53	18,9
Evitar comer açúcar	14	5,0
Escovar os dentes e evitar açúcar	198	70,5
Outras respostas	16	5,6

Tabela 4. Práticas preventivas adotadas pelas crianças. UFPI, 2005

Práticas diárias adotadas	Freqüência	%
Freqüência de ingestão de açúcares		
Alta (livre demanda, consumo igual ou maior que três vezes ao dia)	115	40,9
Média (consumo controlado pelos pais, ou seja, até duas vezes ao dia)	153	54,5
Baixa (consumo menor que uma vez ao dia)	13	4,6
Número de escovações		
Uma	41	14,6
Duas	129	45,9
Três ou mais	111	39,5
Execução da higiene bucal		
Criança	38	13,5
Criança auxiliada por adulto	135	48,0
Adulto	108	38,5
Permanência de hábitos de sucção deletérios (meses)		
Sem hábitos	144	51,3
12	28	10,0
12 - 24	24	8,5
24	85	30,2

Tabela 5. Escolaridade da mãe e a freqüência diária de ingestão de açúcar. UFPI, 2005.

Anos de estudo formal	Escolaridade da mãe		Consumo diário de açúcar					
	N	%	N	%	N	%	N	%
3	39	13,9	21	53,8	17	43,6	01	2,6
4 - 7	87	31,0	32	36,8	50	57,5	05	5,7
8 - 11	136	48,4	51	37,5	80	58,8	05	3,7
Universitária	19	6,7	11	57,9	06	31,6	02	10,5

A forte associação cultural e/ou social existente entre o sentimento afetivo e a doçura de alimentos faz com que, desde cedo, as crianças passem a "ser contaminadas" pelo excesso de alimentos adoçados artificialmente. Para avaliar o desafio cariogênico da dieta, é necessário observar os hábitos alimentares da criança, situação que pode ser determinada através de entrevista com a criança e responsável, análise do diário alimentar e formulários especiais de freqüência de consumo de alimentos⁷.

Os aconselhamentos dietéticos são itens de difícil abordagem em programas odontológicos educativos, pois os hábitos alimentares estão associados, além das questões já referenciadas, a fatores de ordem financeira. A urbanização e os apelos comerciais disponibilizam, influenciam e estimulam o consumo de alimentos ricos em carboidratos, o que resulta em consumo excessivo de guloseimas e dificuldades na elaboração e execução de políticas públicas voltadas à promoção de alimentação infantil saudável¹⁸.

De acordo com Nowak & Warren¹⁹, crianças cujas mães apresentam baixa escolaridade, consomem carboidratos em alta freqüência ou têm altos níveis de *Streptococcus mutans* na saliva, são 32 vezes mais predispostas à instalação da doença cárie dentária aos 3,5 anos de idade que aquelas que não estão expostas aos mencionados fatores de risco.

Quanto ao número de escovações dentárias diárias, a grande maioria das crianças (85,4%) faz uso da prática mais de uma vez por dia, sob a supervisão de pessoas adultas (86,5%). Cumpre enfatizar que a eficácia da remoção da placa se sobressai quando comparada com a técnica de escovação aplicada ou o tipo de escova utilizada.

Outro tema discutido nas consultas de ma-

nutenção preventiva das crianças freqüentadoras do PPGB refere-se aos potenciais maléficos que podem resultar dos hábitos de sucção não nutritivos, como uso de chupetas e sucção de dedos. A tendência de tais hábitos é no sentido de estimular a instalação de maloclusões; no entanto, quando removidos precocemente, ainda que na presença de problemas recém instalados, a autocorreção é uma possibilidade esperada²⁰.

A instalação de hábitos de sucção é uma prática secular, muitas vezes estimulada pelos pais frente ao choro infantil, e parece decorrer daí a conotação de que a utilização do hábito é desenvolvida com o objetivo de "pacificar" ou "confortar" a criança inquieta²¹. Pela análise dos dados da Tabela 4, constata-se que 51,2% das crianças mantiveram-se livres de hábitos de sucção deletérios.

As orientações ministradas às mães no PPGB com relação à prevenção e/ou intercepção de hábitos de sucção deletérios corroboram aquelas fornecidas pelos médicos obstetras durante o pré-natal médico de mães que freqüentam o IPSP. A argumentação utilizada para a prevenção ou supressão do hábito é a de que a amamentação natural supre as necessidades de sucção apresentadas pelas crianças nos primeiros meses de vida e que a instalação e/ou permanência pode levar ao desencadeamento de deformidades oro-faciais e/ou prejudicar o ritmo da amamentação natural.

A partir dos resultados avaliados, pode-se concluir que as mães freqüentadoras do PPGB mostraram-se informadas sobre a etiologia e os métodos de controle e prevenção de doenças bucais e adotam meios de prevenção eficientes, como adequada freqüência de escovações dentárias, apesar de ainda permitirem alta freqüência de consumo de carboidratos fermentáveis pelas crianças.

Colaboradores

LFA de Deus Moura trabalhou em todas as etapas do projeto e elaboração final do trabalho. MS de Moura participou da concepção, análise dos resultados, discussão e redação final. OA de Toledo foi orientador do trabalho, participou de todas as etapas do projeto e elaboração final do trabalho.

Referências

1. Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Dental caries in children that participated in a dental program providing mother and child care. *J Applied Sci* 2006; 14(1):53-60.
2. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of life Assessment (WHQOL): position paper from the World Health Organization Science and Medicine. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):403-9.
3. Oliveira AGRC, Arcieri RM, Costa ICC, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Revista Ação Coletiva* 1999; II(1):9-14.
4. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants. Evidence for a discrete window of infectivity. *Journal of Dental Research* 1993; 72:37-45.
5. Walter LRF. Cárie em crianças de 0 a 30 meses de idade e sua relação com hábitos alimentares. *Encyclopédia Brasileira de Odontologia* 1987; 5(12):129-316.
6. Cury JÁ. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratieri LN, et al. *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Santos; 2001. p.31-68.
7. Maltz M, Parolo CCF, Jardim JJ. Cariologia clínica. In: Toledo OA. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica*. 2^a ed. São Paulo: Editorial Premier; 2005. p.105-50.
8. Moura LFAD, Lira DMMP, Moura MS, Barros, SSLV, Lopes TSP, Leopoldino VD, Moura MDM. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. *J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê* 2001; 4(17):10-4.
9. Mamede MM. A Criança na família e a família da criança. In: Correa Filho L, Correa ME, França OS, organizadores. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos - saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: L.G.E; 2002. p. 481-93.
10. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cirino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Rev C S Col* 2004; 9(1):121-30.
11. Weintraub JA, Ramos-Gomez F, Jue B, Shain S, Hoover CI, Featherstone JDB, Gansky SA. Fluoride varnish efficacy in preventing early childhood caries. *J Dent Res* 2006; 85(2):172-6.
12. Vachirarojisan T, Shinada K, Kawaguchi Y, Laungwechakan P, Somkote T, Detsomboonrat P. Early childhood caries in children aged 6-19 months. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32:133-42.
13. Hallett KB and O'Rourke PK. Pattern and severity of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34:25-35.
14. van Palenstein Helderman WH, Soe W, van 't Hof MA. Risk factors of early childhood caries in a Southeast Asian population. *J Dent Res* 2006; 85(1):85-8.
15. Dini ER, Holt RD, Bedi R. Caries and its association with infant feeding and oral health-related behaviours in 3-4-year-old Brazilian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:241-8.
16. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34(2):190-5.
17. Petry PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kringer L, organizador. *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização*. 3^a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 371-85.
18. Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Revista de Saúde Pública* 1996; 30(5):413-20. [acessado 2006 Jul 22]. Disponível em: <http://www.scielo.com.br/>
19. Nowak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47:1043-66.
20. Tartaglia SMA, Sousa RG, Santos SRB, Serra-Negra JMC, Pordeus IA. Hábitos orais deletérios: avaliação do conhecimento e comportamento das crianças e suas famílias. *J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê* 2001; 4(19):203-9.
21. Sertório SCM, Silva IA. As faces simbólicas e utilitárias da chupeta na visão de mães. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39(2):156-62.

Artigo apresentado em 18/07/2005

Approved em 10/07/2006

Versão final apresentada em 08/11/2006