

## O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil)

The control of babies' dental visits through the vaccines card: evaluating a pilot program developed at the Family Health Strategy at Ponta Grossa (PR, Brazil)

Geraldo Stocco<sup>1</sup>  
Marcia Helena Baldani<sup>2</sup>

**Abstract** *This study evaluated a concept-program developed in the area of a Family Health Unity, which monitored, for two years, the returns of infant children to regular attendance by the dentist, through their vaccines cards. A cross-sectional study was conducted, involving a convenience sample of 123 children aged 12 to 36 months, residents in the area. Data were collected during a campaign of immunization, in 2007, through a questionnaire answered by parents, vaccines cards checking and clinical examination of children. The results showed that 81% of the examined children were registered in the FHU for dental care; from them, 95% had entered before reaching one year of life, having vaccines cards registration. It was also found that 50% of the children had visited the dentist more than once per year of life and 58% of them returned for dental appointments in the year before the survey. The prevalence of dental caries was lower in this group of children (17%), than in the group without frequent returns, or the one not registered in the FHU (26%). It was concluded that the vaccines card can be a useful tool for tracking the frequency of babies to dentist.*  
**Key words** *Dental health services, Family Health Program, Oral health, Infants decay, Prevention and control*

**Resumo** *Este estudo avaliou 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. Foi realizado um estudo exploratório, que envolveu uma amostra de conveniência de 123 crianças de 12 a 36 meses de idade residentes na área. Os dados foram coletados durante a Campanha de Vacinação, em 2007, por meio de questionário aplicado aos pais, consulta às carteiras de vacina e exame clínico das crianças. Os resultados revelaram que 81% das crianças examinadas estavam cadastradas na USF para atendimento odontológico; destas, 95% haviam sido inscritas antes de completarem um ano de vida, possuindo registro na carteira de vacina. Verificou-se ainda que 50% das crianças haviam visitado o cirurgião-dentista mais de uma vez por ano de vida, e 58% delas retornaram para consulta odontológica no ano anterior à pesquisa. A prevalência de cárie foi menor neste grupo de crianças (17%) do que no grupo sem retorno frequente ou que não estava cadastrado na USF (26%). Concluiu-se que a carteira de vacina pode ser um instrumento útil para o monitoramento da frequência dos bebês ao cirurgião-dentista.*

**Palavras-chave** *Serviços de saúde bucal, Programa Saúde da Família, Saúde oral, Cárie em bebês, Prevenção e controle*

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura de Ponta Grossa. Av. Visconde de Taunay 950. 84051-900 Ponta Grossa PR. geraldstocco@gmail.com  
<sup>2</sup>Universidade Estadual de Ponta Grossa.

## Introdução

Nos últimos anos, a Odontologia, a exemplo de outras áreas da Saúde, tem evoluído para um novo paradigma de prática: o da Promoção de Saúde, o qual vem substituir o tradicional modelo flexneriano, vigente durante mais da metade do século XX. Segundo este novo conceito, os profissionais devem buscar a capacitação do indivíduo para o “autocuidado”, termo que foi definido por Buischi e Axelsson<sup>1</sup> como o **conjunto de ações e decisões tomadas pelo indivíduo, com a finalidade de prevenir, diagnosticar e tratar qualquer desvio de sua própria saúde**. A Promoção de Saúde, portanto, compreende esforços que objetivam mudanças de comportamento, levando à aquisição de hábitos que propiciam a prevenção/controla das doenças e à descontinuidade daqueles que aumentam o risco, tendo como fim maior tornar o indivíduo responsável por sua própria saúde<sup>1</sup>. No centro desta filosofia situam-se os hábitos de higiene bucal, mais especificamente o controle do biofilme dental, o qual é considerado um elemento essencial para a manutenção da saúde bucal.

Segundo Bezerra e Toledo<sup>2</sup>, o aparecimento da cárie dentária é a resposta individual aos fatores de risco, os quais podem ser modificados pelo aconselhamento da população sobre vários aspectos da prevenção de doenças bucais. As ações de saúde, tanto educativas quanto curativas, visam propiciar aos grupos humanos o mais alto grau de saúde, bem como permitir melhor qualidade de vida<sup>3</sup>. Para Petry e Pretto<sup>3</sup>, a educação em saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança. Para os autores, as ações educativas devem ser inseridas em todas as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, devendo ocorrer em todo e qualquer contato com os indivíduos ou com suas famílias.

Sob o paradigma da Promoção de Saúde, no final da década de 1980 é proposta a filosofia da Atenção Precoce à Saúde Bucal, ou Odontologia para Bebês, por um grupo de professores do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina. Esta tinha o objetivo de alcançar mudanças conceituais na época, principalmente por intermédio da conscientização da população para o atendimento odontológico precoce e manutenção da saúde bucal da criança<sup>4</sup>. A nova filosofia propunha o atendimento à criança antes de completar o primeiro ano de vida (podendo

iniciar com a gestante), centrado principalmente na educação do núcleo familiar (pais, avós, babás etc.) para realizar manobras preventivas no âmbito doméstico: a limpeza da boca, o controle da amamentação noturna após os seis meses, o consumo “inteligente” de carboidratos e a aplicação tópica de flúor<sup>4</sup>.

No âmbito do serviço público, a Atenção Precoce foi incorporada de forma pioneira pelas Secretarias de Saúde de Londrina e de Cambé – ambos no estado do Paraná, no ano de 1987 – e o programa educativo-preventivo passou a ser desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde destes municípios<sup>5,6</sup>. Scarpelli *et al.*<sup>7</sup> relataram que, em Londrina, para as crianças que iniciaram o atendimento no primeiro ano de vida, a redução média da prevalência de cárie, em quatro anos de acompanhamento, foi de 85%, diminuindo também a gravidade do ataque pela cárie. Segundo os autores, tal fato resultaria em menores necessidades curativas, o que reduziria a demanda futura para tratamento curativo. Outro indício de sucesso das medidas de atenção precoce foi verificado por Walter e Nakama<sup>8</sup>, que identificaram um possível impacto significativo do programa sobre os índices epidemiológicos de saúde bucal do município de Londrina. Foi demonstrado por estes autores que 65% das crianças entre 5 e 6 anos de idade estavam livres de cárie no ano de 1994, ultrapassando já naquele ano a meta proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano 2000, de 50% das crianças nessa faixa etária livres de cárie.

No campo da saúde bucal, a efetividade de programas de Atenção Precoce tem sido relatada. Fracasso *et al.*<sup>9</sup> identificaram menor prevalência de cárie dentária e hábitos bucais não nutritivos entre crianças acompanhadas por um programa preventivo para bebês do que entre aquelas atendidas por demanda espontânea no serviço público de Maringá. Concluíram que o programa de atendimento a bebês é mais efetivo que o atendimento de demanda espontânea, cumprindo o objetivo de manutenção da saúde bucal na população infantil. Kuhn e Wambier<sup>10</sup> acompanharam um grupo de bebês saudáveis e sem cárie durante 15 meses, desenvolvendo um programa educativo-preventivo no qual foram realizadas atividades de orientação sobre higiene bucal e aplicação tópica de flúor a cada três meses, além de palestras educativas para os responsáveis. Identificaram que para os bebês que permaneceram no programa a incidência de cárie foi baixa (7,3%), e houve uma redução de 33% nos hábitos de amamentação noturna, além de

um aumento de 20,9% na presença de higiene bucal. As autoras concluíram que o acompanhamento educativo-preventivo para bebês é importante para o controle da cárie dentária e para a adoção de hábitos saudáveis. Moura *et al.*<sup>11</sup> também verificaram que as mães que frequentavam um programa preventivo para gestantes e bebês, da Universidade Federal do Piauí, conseguiram assimilar e reter um adequado nível de informação sobre saúde bucal adotando, no âmbito familiar, práticas de saúde favoráveis ao controle e prevenção de doenças bucais.

Segundo Pinto<sup>12</sup>, as ações desenvolvidas nos serviços de saúde procuram atender a dois objetivos principais: (1) prevenção e cura das doenças, proporcionando o bem-estar físico, emocional e social aos indivíduos; e (2) redução das diferenças de oportunidades entre os grupos populacionais, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. Entre os vários modelos organizacionais dos serviços, a Atenção Básica à Saúde atua com profissionais cujo objetivo é aumentar os níveis de resolutividade dos problemas sem, no entanto, causar elevação de custos.

Em 1994 foi implantada a Estratégia Saúde da Família no Brasil (ESF), com a proposta de modificar a estrutura de organização dos serviços em Atenção Básica e expandir o acesso da população. Esta estratégia possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados<sup>13</sup>. A família, além do indivíduo, passa a ser objeto de atenção no ambiente onde vive.

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica é definida como **um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações**<sup>14</sup>.

Portanto, inclui ações de promoção de saúde, de prevenção e de prestação de cuidados essenciais a toda a população, e atenção clínica aos grupos epidemiologicamente prioritários. Deve agir de forma oportuna, resolutiva e humanizada, fortalecendo o vínculo entre a equipe e a população para aumentar a credibilidade e o reco-

nhecimento do valor da existência do serviço público em cada local, resultando em maior cobertura e impacto ante a população<sup>13</sup>.

Em dezembro de 2000, o Ministério da Saúde passou a oferecer um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira, por meio da inclusão da equipe de odontologia na Estratégia Saúde da Família. Esta inclusão teve por objetivo a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a consequente melhoria de seus indicadores epidemiológicos<sup>15</sup>. Assim, profissionais da área da saúde bucal passaram a integrar as equipes multiprofissionais, com possibilidade de desenvolverem ações em conjunto, nos âmbitos individual e coletivo, direcionadas a todos os grupos etários.

Os programas de Atenção Básica à Saúde da Criança, também no âmbito da saúde bucal, têm como metas principais a promoção de saúde, a prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Para tanto, necessitam da participação do indivíduo e da sociedade, pressupondo a integração das diversas categorias profissionais que compõem as equipes de saúde da família<sup>14</sup>. Segundo o Ministério da Saúde<sup>14</sup>, **as ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário, para evitar que ocorram de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem. O trabalho de prevenção deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança.**

O levantamento nacional sobre as condições bucais da população brasileira (SB-Brasil), realizado pelo Ministério da Saúde entre 2000 e 2003, revelou que, na faixa etária de 18 a 36 meses, 26,8% das crianças possuíam ao menos um dente com lesão de cárie cavitada. Considerando-se apenas os municípios que possuíam água fluoretada, verificou-se uma prevalência de cárie dentária de 22,9% para o Brasil e de 24,3% para a Região Sul<sup>16</sup>.

Em Ponta Grossa, município de grande porte localizado na região Centro-Sul do Paraná, a água de abastecimento público é fluoretada desde 1985. Em 1993, Wambier e Deliga<sup>17</sup> relataram, entre crianças de seis a 36 meses de idade e baixo nível socioeconômico, uma prevalência de cárie dentária de 40,3%, sendo maior no grupo de 31 a 36 meses. Em 1995, Vettorazzi<sup>18</sup> constatou que 9,61% das crianças de 6 a 36 meses de idade com melhores condições de vida possuíam cárie e que a prevalência era de 37,7% no grupo menos favo-

recido. Por sua vez, em 2004, Wambier *et al.*<sup>19</sup> observaram uma prevalência de 21,6% de crianças dessa faixa etária com lesões brancas e 25% com lesões cavitadas. Apesar de uma provável redução dos índices de cárie dentária entre os bebês ao longo das últimas décadas, a prevalência atual ainda pode ser considerada elevada.

Nesse município, a equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde da Família (USF) Roberto de Jesus Portela desenvolveu, em 2005, o programa-piloto "Promoção de Saúde Bucal: controle do retorno dos bebês no consultório odontológico através da Carteira de Vacina da Criança"<sup>20</sup>. Este programa teve como objetivo controlar a frequência às consultas odontológicas preventivas dos bebês residentes na área de abrangência, utilizando a carteira de vacina. Tal opção foi justificada diante da constatação de que este é um documento que as mães frequentemente portam durante as visitas à USF, sendo apresentado para a maioria dos profissionais da equipe, os quais poderiam resgatar a criança que houvesse deixado de comparecer às consultas odontológicas pré-agendadas, direcionando-as para a equipe de saúde bucal. O mesmo poderia ocorrer durante as campanhas de vacinação, ou ainda nas atividades de puericultura e pesagem do leite. Esta intervenção estaria adaptada ao perfil de atuação da ESF, o qual é caracterizado principalmente pela adscrição da clientela, trabalho em equipe multiprofissional e integralidade da atenção, além da atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na busca ativa das crianças<sup>13</sup>.

Após dois anos da implantação, o objetivo deste estudo foi realizar uma avaliação do programa, verificando sua cobertura e possibilidade de impacto sobre os níveis de cárie da população de 12 a 36 meses da área da USF.

## Material e métodos

Foi desenvolvido um estudo transversal, exploratório, que envolveu a população de 12 a 36 meses de idade da área de abrangência da USF Roberto de Jesus Portela, localizada no Bairro da Ronda, no município de Ponta Grossa. Com duas equipes de saúde da família e uma de saúde bucal, esta USF possuía, em 2007, uma população adscrita de 9.469 pessoas, sendo 568 crianças entre zero e quatro anos de idade, segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica do SUS (Siab), fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Em outubro de 2007, havia cerca de 220 crianças entre 12 e 36 meses de idade cadastradas na unidade,

segundo levantamento realizado junto às ACS, sendo 211 inscritas no serviço odontológico.

A amostra, de conveniência, constou de 123 bebês desta faixa etária residentes na área, que compareceram à USF para a segunda etapa da Campanha de Vacinação contra a Poliomielite, e para a atividade de pesagem do leite do mês de setembro de 2007. Foram incluídas todas as crianças cujos pais concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando o exame clínico e a utilização das informações contidas nas carteiras de vacina e nos prontuários. Uma vez que a vacinação e a pesagem do leite são obrigatórias, buscou-se, ao selecionar essas datas para a coleta de dados, assegurar que todas as crianças adscritas tivessem probabilidade de participar da amostra, garantindo a representatividade dela. Para o estudo de cárie dentária, e considerando-se a prevalência registrada para os municípios com água fluoretada da Região Sul no relatório do SB Brasil (16), de 24% para a faixa etária de 18 a 36 meses, a amostra obtida resultou em uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95%, sendo ajustada para populações finitas.

A coleta de dados foi realizada por dois acadêmicos e uma cirurgiã-dentista, treinados para a função. Eles utilizaram um formulário desenvolvido para essa finalidade e pré-testado, o qual era preenchido a partir da entrevista com os pais ou responsáveis, e da verificação das carteiras de vacina dos bebês. Para aferir a presença de lesões de cárie e necessidades de tratamento odontológico, procedeu-se ao exame clínico das crianças, o qual foi conduzido pelo cirurgião-dentista da equipe de saúde bucal da USF, previamente calibrado, utilizando luz natural e gaze embebida em água. A concordância intraexaminador foi de 100%, obtida a partir de exames em duplicata de 18 crianças de quatro anos de idade matriculadas na creche local, observando-se um intervalo de 48 horas entre eles. Foram consideradas como portadoras de cárie as crianças que apresentaram uma ou mais lesões cavitadas no momento do exame. A necessidade de tratamento odontológico foi classificada, segundo a gravidade das lesões, em: (1) nenhum tratamento, prevenção ou controle de lesões não cavitadas; (2) tratamento restaurador convencional ou atraumático; (3) endodontia ou exodontia.

Informações quanto ao número de crianças residentes na área e número de crianças cadastradas no atendimento odontológico foram obtidas das fichas de cadastro das famílias e dos prontuários clínicos.

Foram também coletadas informações quanto às características sociodemográficas das mães ou responsáveis diretos pelas crianças: (1) idade; (2) escolaridade; (3) número de filhos; (4) informações prévias sobre saúde bucal da criança.

Para a análise dos dados, os bebês da amostra foram alocados em dois grupos:

1 – Bebês cadastrados pela equipe de saúde bucal, com consultas de rotina acompanhadas por meio da carteira de vacina, e que compareceram no ano anterior à pesquisa (considerando-se o período de julho de 2006 até julho de 2007);

2 – Bebês não cadastrados pela equipe de saúde bucal, ou que foram cadastrados, mas não retornaram para acompanhamento odontológico no ano anterior à pesquisa.

A análise estatística descritiva foi processada por intermédio do *software* SPSS 15.0, e os resultados são apresentados em valores absolutos e percentuais.

## Resultados

Do total de crianças examinadas, 100 (81,3%) estavam cadastradas na Unidade de Saúde da Família e 23 (18,7%) não estavam, apesar de serem residentes na área de abrangência dela.

Na Tabela 1 podem ser verificadas as características das crianças estudadas que estavam inscritas no serviço odontológico. Nota-se que 95% delas se iniciaram no programa de atenção odontológica precoce da USF antes de completar um ano de vida, 95% estão com as consultas anotadas nas carteiras de vacina, 50% visitaram o cirurgião-dentista mais de uma vez por ano de vida, e 58% delas retornaram para consulta odontológica no ano anterior à pesquisa.

Na Tabela 2, observam-se as características demográficas dos dois grupos estudados. Observa-se que a maioria das crianças do grupo com retorno recente tem até 24 meses, enquanto no grupo de crianças que não retornaram ou não estão cadastradas predominam crianças mais velhas (52,3%). Quanto às características das mães, nota-se que uma maior proporção de mães mais velhas (46,6%), com baixa escolaridade (96,5%) e com três ou mais filhos (34,6%) retornaram recentemente para consultas odontológicas.

Na Tabela 3, estão descritas as características de cadastro e acompanhamento odontológico das crianças em ambos os grupos. Observa-se que 95% dos bebês foram cadastrados antes dos 12 meses de idade, reflexo do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde bucal abrangendo as gestantes e a

**Tabela 1.** Características das crianças entre 12 e 36 meses cadastradas no serviço odontológico da USF Roberto de Jesus Portela, Ponta Grossa (PR) – 2007.

Variável	Número de bebês cadastrados	%
Idade do cadastro no dentista		
Até os 12 meses	95	95,0
12 meses ou mais	5	5,0
Total	100	100,0
Anotação na carteira de vacina		
Sim	95	95,0
Não	5	5,0
Total	100	100,0
Número de consultas/ ano de vida		
Uma ou menos	50	50,0
Mais de uma	50	50,0
Total	100	100,0
Número de consultas no último ano		
Nenhuma	42	42,0
Uma consulta	28	28,0
Duas ou mais	30	30,0
Total	100	100,0

puericultura. Nota-se ainda que uma proporção maior de crianças no grupo sem retorno recente foi cadastrada mais tarde (7,1%). Também na Tabela 3 verifica-se que a metade dos bebês apresentou duas ou mais consultas por ano de vida, anotadas na carteira de vacina, sendo que maior proporção deles foi encontrada no Grupo 1 (56,9%).

A presença de cárie dentária e as necessidades de tratamento odontológico podem ser verificadas na Tabela 4. A prevalência de cárie foi de 21,9% na amostra, sendo de 17,2% no Grupo 1 e 26,2% no Grupo 2. Considerando apenas as crianças com cárie, notou-se que 63% delas faziam parte do Grupo 2. Neste grupo também estavam 14 das 22 crianças com necessidades de tratamento, e duas das três que necessitavam de endodontia ou exodontia.

As informações apresentadas na Tabela 4 são complementadas no Gráfico 1, ao serem consideradas as faixas etárias das crianças em ambos os grupos. Verifica-se que 86,4% das crianças estão livres de cárie dentária até os 24 meses e 68,4% estão sem a doença dos 25 aos 36 meses. Ao serem considerados os dois grupos, observa-se uma prevalência de cárie de 5,7% para as crianças entre 12 e 24 meses naquele com retorno recente em oposição à proporção de 22,6% de crian-



**Tabela 2.** Proporção de crianças nos grupos de acompanhamento odontológico e total, segundo características demográficas, na Unidade de Saúde da Família Roberto de Jesus Portela, Ponta Grossa (PR) – 2007.

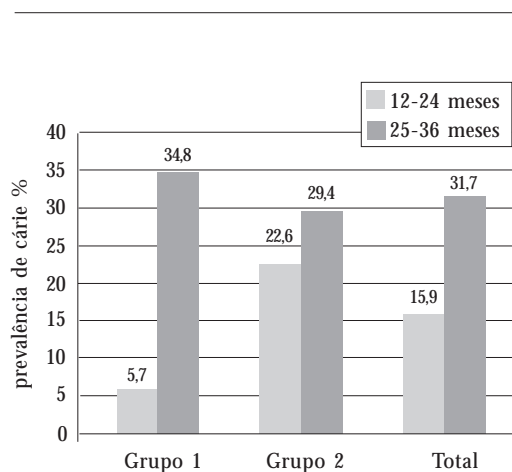
Variável	Grupo 1		Grupo 2		Total de bebês examinados	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade do bebê</b>						
12-24 meses	35	60,3	31	47,7	66	53,7
24-36 meses	23	39,7	34	52,3	57	46,3
Total	58	100,0	65	100,0	123	100,0
<b>Idade da mãe</b>						
< 20 anos	13	22,4	15	23,4	28	22,9
20-30 anos	18	31,0	33	51,6	51	41,8
30 anos ou mais	27	46,6	16	25,0	43	33,6
Total	58	100,0	64	100,0	122	100,0
<b>Escolaridade da mãe</b>						
Ensino fundamental	55	96,5	55	85,9	110	90,2
Ensino médio	2	3,5	9	14,1	11	9,8
Total	57	100,0	64	100,0	121	100,0
<b>Número de filhos</b>						
Apenas um	19	36,5	26	44,8	45	40,9
Dois filhos	15	28,9	20	34,5	35	31,8
Três ou mais	18	34,6	12	20,7	30	27,3
Total	52	100,0	58	100,0	110	100,0

**Tabela 3.** Proporção de crianças cadastradas pela ESB, nos grupos de acompanhamento odontológico e total, segundo a idade no momento do cadastro e número de consultas por ano de vida, na Unidade de Saúde da Família Roberto de Jesus Portela, Ponta Grossa (PR) – 2007.

Variável	Grupo 1		Grupo 2		Total de bebês examinados	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade do cadastro pela ESB</b>						
Até os 12 meses	56	96,5	39	92,9	95	95,0
Após os 12 meses	2	3,5	3	7,1	5	5,0
Total	58	100,0	42	100,0	100	100,0
<b>Número de consultas por ano de vida</b>						
Uma ou menos	25	43,1	25	59,5	50	50,0
Duas ou mais	33	56,9	17	40,5	50	50,0
Total	58	100,0	42	100,0	100	100,0

**Tabela 4.** Proporção de crianças nos grupos de acompanhamento odontológico e total, segundo a prevalência de cárie e necessidade de tratamento, na Unidade de Saúde da Família Roberto de Jesus Portela, Ponta Grossa (PR) – 2007.

Variável	Grupo 1		Grupo 2		Total de bebês examinados	
	n	%	n	%	n	%
<b>Cárie</b>						
Ausente	48	82,8	48	73,8	96	78,1
Presente	10	17,2	17	26,2	27	21,9
Total	58	100,0	65	100,0	123	100,0
<b>Necessidade de tratamento</b>						
Nenhum/mínima intervenção	50	86,2	51	78,5	101	82,1
Trat. restaurador	7	12,1	12	18,5	19	15,4
Endodontia/exodontia	1	1,7	2	3,1	3	2,4
Total	58	100,0	65	100,0	123	100,0



**Gráfico 1.** Distribuição proporcional da prevalência de cárie dentária em crianças entre 12 e 36 meses de idade, segundo os grupos estudados e total, na Unidade de Saúde da Família Roberto de Jesus Portela, Ponta Grossa (PR) - 2007.

ças com cárie no outro grupo. Verificou-se também maior prevalência de cárie nas crianças mais velhas no grupo de retorno recente (34,8%). Como informação complementar para este grupo, a metade das crianças com cárie havia retornado no ano anterior à pesquisa, porém tinham menos do que uma consulta por ano de vida.

Quanto à assiduidade de retorno anual, informação não expressa em tabela, observou-se que as crianças cadastradas e que retornaram para o atendimento odontológico mais de uma vez ao ano apresentaram menor prevalência de cárie (16,4%) do que aquelas que compareceram menor número de vezes (42,8%).

## Discussão

Segundo a literatura, a prevalência de cárie na dentição decídua aumenta proporcionalmente à idade da criança. Esse fato justifica que a atenção à saúde bucal tenha início o mais precocemente possível, de preferência antes do final do primeiro ano de vida. Tem sido observado, porém, que culturalmente a tendência é de que os pais levem seus filhos ao dentista apenas após a erupção do primeiro dente, ou ainda mais tarde, quando a criança apresenta maior probabilidade de desenvolver cárie dentária ou já tem os dentes acometidos, muitas vezes com sintomatologia dolorosa. Alguns trabalhos relatam que os pais, muitas

vezes, desconhecem a possibilidade de levarem seus filhos aos serviços odontológicos para prevenção, ou mesmo não percebem a importância desta, o que indica a necessidade de se aprimorarem os mecanismos de informação da população. Por sua vez, melhores resultados em termos de prevenção da cárie dentária estão relacionados com um acompanhamento odontológico frequente das crianças, bem como motivação dos pais para o “autocuidado”.

Vários programas de atenção precoce à saúde bucal desenvolvidos nos últimos anos têm se mostrado eficazes quanto à ampliação dos conhecimentos da população e redução da cárie dentária em bebês<sup>9-11</sup>. Apesar de muitos municípios no estado do Paraná desenvolverem programas preventivos para crianças de pouca idade no âmbito dos serviços públicos, poucos têm seus resultados avaliados, e muitas vezes deixam de sensibilizar gestores e a população sobre possíveis impactos quanto aos índices epidemiológicos de cárie dentária nesse grupo. O presente trabalho teve por objetivo avaliar um programa-piloto desenvolvido no âmbito da ESF. Espera-se que os resultados aqui relatados possam mostrar-se úteis para o fortalecimento de ações preventivas e promocionais na Estratégia Saúde da Família e, principalmente, que possam contribuir para a busca da efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

A atenção odontológica ao bebê na USF Roberto de Jesus Portela tem início a partir de ações educativas desenvolvidas antes do nascimento, por meio de palestras para grupos de gestantes, tendo continuidade com o cadastro da criança o mais precocemente possível, nas consultas de puericultura, ou por busca ativa das ACS. As crianças também são cadastradas nos dias de pesagem do leite, campanhas de vacinação e até mesmo por procura direta dos pais ou responsáveis. Por conta das diretrizes organizacionais da ESF e do trabalho multidisciplinar, o atendimento odontológico precoce ao bebê é facilitado nas Unidades de Saúde da Família<sup>20</sup>. A proposta de controlar as consultas odontológicas das crianças por meio da carteira de vacina decorre da dificuldade de manter a assiduidade dos pais ao programa preventivo. Com o registro, nesse documento, de cada consulta à qual a criança comparece, seu retorno passa a ser monitorado por qualquer profissional da equipe de saúde da família, deixando de ser prerrogativa apenas da equipe de saúde bucal. Também podem ser identificadas aquelas crianças que não foram cadastradas e não estão sendo atendidas pela equipe odontológica. Uma vez que

a carteira de vacina é documento obrigatório em todo o território nacional, o registro das consultas de rotina nesse documento permite que, mesmo que a criança mude de bairro ou município, qualquer profissional que a atenda possa identificar sua participação em um programa odontológico preventivo.

Um dos objetivos da inclusão das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família foi a ampliação do acesso, principalmente para grupos tradicionalmente excluídos, como o dos bebês e o dos idosos<sup>21</sup>. Dados obtidos nos prontuários odontológicos da USF em estudo permitiram identificar que 96% das crianças entre 12 e 36 meses de idade cadastradas na ESF também o estavam com a equipe de saúde bucal e haviam recebido pelo menos uma consulta odontológica. Esta informação pôde ser confirmada com os resultados obtidos junto à amostra e apresentados na Tabela 1: dentre as crianças que participaram do estudo, 95% daquelas que estavam cadastradas na USF possuíam anotações sobre consultas odontológicas em suas carteiras de vacina.

Quanto à assiduidade ao acompanhamento odontológico, verificou-se que 50% das crianças cadastradas receberam mais de uma consulta por ano de vida, e 58% delas haviam retornado ao menos uma vez no ano anterior à pesquisa (Tabela 1). No estudo de Kuhn e Wambier<sup>10</sup>, apesar do acompanhamento rigoroso da frequência de retorno das crianças ao programa preventivo, 23,8% dos pais deixaram de comparecer com seus filhos. Figueiredo *et al.*<sup>22</sup>, avaliando o programa odontológico para bebês desenvolvido na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, identificaram um índice de abandono baixo (12%), concluindo que chamadas periódicas foram efetivas para reduzir esse índice. No programa-piloto avaliado por este estudo, as oportunidades de resgate das crianças que deixavam de comparecer ocorriam sempre que algum membro da equipe de saúde da família consultava a carteira de vacina da criança, principalmente durante as Campanhas de Vacinação e os dias de pesagem do leite. Porém, ainda foi identificado um grupo de pais resistentes ao acompanhamento, o que indica a necessidade de se aprimorarem os mecanismos de motivação junto aos demais profissionais da equipe, quanto à busca constante das informações sobre saúde bucal na carteira de vacina; ou junto à comunidade, para que compreenda a importância da prevenção para a qualidade de vida das crianças.

Segundo Walter *et al.*<sup>4</sup>, a idade ideal de início da atenção odontológica seria antes de comple-

tar-se o primeiro ano de vida. Correa<sup>23</sup> afirma que os hábitos de higiene bucal instituídos precocemente conferem maiores chances de garantir uma saúde bucal mais saudável. Neste estudo, verificou-se que 95% das crianças haviam sido cadastradas pela equipe de saúde bucal no primeiro ano de vida (Tabela 1), demonstrando a viabilidade da busca precoce dos bebês por parte da equipe, além de possíveis modificações culturais quanto à procura por atenção odontológica por parte dos pais. Além disso, as mães recebem informações nos grupos de gestantes, nos quais são enfatizados os cuidados com o futuro bebê e lhes é explicado que o controle das consultas odontológicas ocorrerá por intermédio da carteira de vacina da criança. Esses resultados confirmam estudos prévios que demonstraram a importância de que as gestantes recebam orientação adequada sobre saúde bucal do filho e início da atenção odontológica<sup>24,25</sup>.

Ainda quanto à motivação para o acompanhamento odontológico, verificou-se que as crianças que retornaram no ano anterior à pesquisa (julho de 2006/ julho de 2007) são as mais jovens, e um maior número de mães possui baixa escolaridade, são mais velhas e têm maior número de filhos (Tabela 2). Complementando, na Tabela 3 nota-se que um número maior de crianças que não retornaram no ano anterior foram cadastradas após os 12 meses de idade. Frazão e Marques<sup>26</sup> verificaram que o ACS pode ter importante papel na percepção de mulheres e mães quanto à saúde bucal, especialmente no que se refere à minimização de barreiras de comunicação, influenciando sua disposição em levar seu bebê ao cirurgião-dentista para prevenção. Deve-se considerar, também, que o fato de ter maior número de filhos faz com que a mulher compareça mais assiduamente à USF, ampliando as chances de que receba informações quanto à saúde bucal das crianças.

Quanto à cárie dentária, verificou-se uma prevalência de 21,9% na amostra estudada (Tabela 4). Esses resultados, comparados com os obtidos para Ponta Grossa em estudos anteriores<sup>17-19</sup>, parecem confirmar uma tendência de redução na prevalência de cárie dentária para esse grupo populacional. Apesar das limitações metodológicas, uma vez que se buscou inferência apenas para a área de abrangência da USF, os valores obtidos foram próximos àqueles relatados por Wambier *et al.*<sup>19</sup> para o município (25%) e pelo SB Brasil para o país (22,9%) e para a Região Sul (24,3%), em municípios com água fluoretada<sup>16</sup>. Verificou-se também menor prevalên-



cia de cárie dentária e necessidade de tratamento curativo no grupo sob acompanhamento recente. Redução na prevalência de cárie dentária na população acompanhada por programas preventivos odontológicos foi observada por Walter e Nakama<sup>8</sup>, Fracasso *et al.*<sup>9</sup>, Figueiredo *et al.*<sup>22</sup>, dentre outros.

Corroborando estudos anteriores, a prevalência de cárie dentária foi maior no grupo etário de 25 a 36 meses, tanto para o grupo com retorno recente (Grupo 1) quanto para o Grupo 2 (Gráfico 1)<sup>17,27-29</sup>. Dos 12 aos 24 meses, observou-se uma prevalência de cárie de 15,9%, resultado semelhante aos obtidos por outros estudos, como o de Davidoff *et al.*<sup>28</sup> em Cascavel (PR), que encontrou uma prevalência de 12,3% para essa faixa etária.

No presente estudo, verificou-se que apenas 5,7% das crianças no grupo de acompanhamento recente apresentavam cárie. Esta proporção foi cerca de três vezes menor do que aquela descrita para a amostra completa (15,9%). No entanto, o Gráfico 1 mostra também que, para a faixa de 25 a 36 meses, o grupo com retorno no último ano apresentou prevalência de cárie maior (34,8%) do que o grupo de controle. Como a metade das crianças alocadas neste grupo havia retornado no ano anterior, mas possuía menos do que uma consulta odontológica por ano de vida, supõe-se que retornaram justamente por haverem desenvolvido cárie. Reforça esta conclusão o fato de que 16,4% das crianças com mais de uma consulta odontológica por ano de vida apresentaram cárie dentária, contra 42,8% daquelas que compareceram menor número de vezes. Este achado demonstra a importância do acompanhamento odontológico para as crianças de pouca idade e permite reiterar a necessidade de medidas preventivas e educativas constantes.

Apesar das limitações impostas pelo delineamento transversal, e pela impossibilidade de se estabelecer um grupo de controle oriundo de outra área de ESF no município, os resultados indicam que o acompanhamento odontológico através da carteira de vacina mostrou-se viável. Atualmente, a Carteira de Saúde da Criança do Ministério da Saúde apresenta um espaço para a Odontologia. Alguns municípios brasileiros, como Cascavel e Guarapuava, no Paraná, e Florianópolis, em Santa Catarina, também incluíram um espaço para anotações sobre saúde bucal em suas carteiras de saúde. No entanto, não basta haver espaço disponível na carteira de vacina para as anotações, se a equipe de saúde da família não aderir à proposta. Caso não haja consciência e atitude por parte de todos os pro-

fissionais da equipe, e não apenas da equipe de saúde bucal, resultados satisfatórios dificilmente serão obtidos. Esta foi uma das dificuldades identificadas durante os dois anos de implementação do programa-piloto. Porém, o que se percebeu foi que o registro na carteira tornou-se, aos poucos, familiar aos usuários, muitos dos quais passaram a exigir dos profissionais sua atualização.

Não se pretende, com este trabalho, esgotar o assunto ou apresentar a única estratégia possível para o monitoramento da saúde bucal das crianças de pouca idade no serviço público. O que se apresenta são resultados iniciais que indicam a possibilidade de sucesso com esse tipo de intervenção. Procurou-se contribuir com dados que auxiliem na avaliação e no planejamento, por parte dos gestores, dos serviços odontológicos ofertados no âmbito da ESF, em busca da implementação de políticas de saúde que realmente cumpram com os princípios do SUS.

## Conclusões

Os resultados obtidos permitiram concluir que:

(1) Mais de 90% das crianças entre 12 e 36 meses de idade cadastradas na USF também estavam inscritas para o acompanhamento odontológico, com anotações na carteira de vacina. No entanto, verificou-se que uma parcela das crianças residentes na área de abrangência não estava cadastrada na USF, o que sugere a necessidade de que a equipe de saúde da família busque identificar as causas para o não cadastramento;

(2) A quase totalidade das crianças cadastradas iniciou-se no programa odontológico antes de completar um ano, sendo que 50% visitaram o cirurgião-dentista mais de uma vez por ano de vida, e 58% delas retornaram para consulta odontológica no ano anterior à pesquisa;

(3) A prevalência de cárie foi menor no grupo de crianças com retorno para o acompanhamento odontológico no ano anterior e naquele de crianças com maior número de consultas por ano de vida. Ambos representam as crianças que foram mais assíduas às consultas de rotina e cujos pais provavelmente aderiram às orientações.

Os resultados indicam que o acompanhamento odontológico via carteira de vacina é uma solução viável, de baixo custo e que pode ser amplamente resolutiva, diante da possibilidade de intervenção precoce. Porém, o elemento principal a ser obtido com este controle é a adesão da família a hábitos saudáveis, e isto somente ocorrerá com comprometimento profissional e motivação da comunidade.

## Colaboradores

G Stocco coordenou a coleta de dados e elaborou o texto; MH Baldani delineou o trabalho, analisou os dados, orientou a redação do texto e corrigiu a versão final.

## Agradecimentos

À cirurgiã-dentista Yasmine Bitencourt Emílio Mendes; a Laura Araújo Rocinsvalle e Ricardo Júnior Denardi, acadêmicos do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa; e ao auxiliar em saúde bucal João José do Nascimento, que contribuíram com a coleta de dados.

## Referências

1. Buischi YP, Axelsson P. Controle mecânico da placa dental pelo paciente. In: Kriger L. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 115-127.
2. Bezerra ACB, Toledo OA. Nutrição, dieta e cárie. In: Kriger L, organizador. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 43-69.
3. Petry PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kriger L, organizador. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 363-370.
4. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
5. Campos AM, Gonini CAJ, Zamperini EAA, Azevedo RDA. Atenção odontológica à criança de 0 a 36 meses. In: Paraná. Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. **Odontologia em Saúde Pública**. Londrina: MC Gráfica e Editora; 1999. p. 85-102.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prêmio "Brasil Sorridente" coloca saúde bucal de Cambé como a terceira melhor do país. **Revista Brasileira de Saúde da Família** 2006; 3(2):28-29.
7. Scarpelli BB, Ricioli SR, Walter LRF. **Programa de atenção precoce à saúde bucal**. Londrina: UEL; 1996.
8. Walter LRF, Nakama RK. Prevention of dental caries in the first year of life. **J Dent Res** 1994; 73(4):773.
9. Fracasso MLC, Rios D, Provenzano MGA, Goya S. Efficacy of an oral health promotion program for infants in the public sector. **J Appl Oral Sci** 2005; 13(4):372-376.
10. Kuhn E, Wambier DS. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr** 2007; 7(1):75-81.
11. Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. **Cien Saude Colet** 2007; 12(4):1079-1086.
12. Pinto VG. **Saúde bucal coletiva**. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 2000; 29 dez.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
17. Wambier DS, Deliga AG. Estudo da prevalência da cárie dentária em bebês. **Publicatio UEPG - Ciências Biológicas e da Saúde** 1995; 3(3):7-14.

18. Vettorazzi MLT. **Prevalência de cáries em crianças de 06 a 36 meses, em dois grupos representativos de grande heterogeneidade social em Ponta Grossa – PR** [monografia]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 1995.
19. Wambier DS, Bosco VS, Cuman V, Smiguel O, Eloy TC. Prevalência e distribuição de lesões de cárie em bebês. **Publ UEPG Ci Biol Saúde** 2004; 10(1):15-22.
20. Paraná. Ponta Grossa. Secretaria Municipal de Saúde. Promoção de Saúde Bucal: controle do retorno dos bebês no consultório odontológico através da Carteira de Vacina da Criança. **Saúde: Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa** 2006; 5(5):9.
21. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Cien Saude Colet** 2002; 4(7):709-717.
22. Figueiredo MC, Rosito DB, Michel JA. Avaliação de 7 anos de um programa odontológico para bebês com bases educativa, preventiva e restauradoras. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê** 1998; 1(2):33-40.
23. Corrêa MSNP. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos; 1999.
24. Silva LC, Lopes MN, Menezes JVNB. Postura de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba-PR em relação à saúde bucal de seus futuros bebês. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê** 1999; 2(8):262-268.
25. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. **Cien Saude Colet** 2006; 11(1):131-144.
26. Arias SMB, Brandão AAM, Nogueira AJS. Prevalência de cárie em bebês de 0-3 anos. **RGO** 1997; 45(3):163-169.
27. Medeiros UV, Souza MIC, Fonseca CT. Prevalência de cáries em pacientes bebês. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê** 1998; 1(3):23-33.
28. Davidoff DCO, Abdo RCC, Silva SMB. Prevalência de cárie precoce na infância. **Pesq Bras Odontopediatr Clin Integr** 2005; 5(3):215-221.
29. Volpato LER, Figueiredo AF. Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Bras Saúde Matern-Infant** 2005; 5(1):45-52.

---

Artigo apresentado em 20/02/2008

Aprovado em 09/04/2008

Versão final apresentada em 25/04/2008