

PROJETO DE EXTENSÃO ATENÇÃO ODONTOLÓGICA MATERNO-INFANTIL: ATENDIMENTO ODONTOLOGICO AOS BEBÊS

LAÍS ANSCHAU PAULI¹; LAÍS FARIAS OTTO²; MARTA SILVEIRA DA MOTA KRÜGER²; TAMARA RIPPLINGER²; MARINA SOUSA AZEVEDO²; ANA REGINA ROMANO³

¹*Universidade Federal de Pelotas – laisanschaupauli@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – laisotto06@hotmail.com; martakruger@gmail.com;*
tamararipplinger@yahoo.com.br; marinazazevedo@hotmail.com

³*Universidade Federal de Pelotas – romano.ana@uol.com.br*

1. INTRODUÇÃO

O crescimento saudável da criança envolve diversos fatores, dos quais se destacam a alimentação, os cuidados gerais e a higiene (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), sendo a saúde bucal da criança uma parte fundamental para a manutenção da saúde geral (PINE, 2013). Assim, a recomendação da Academia Americana de Odontopediatria (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2015), ratificada pela Associação Brasileira de Odontopediatria (NORONHA; RÉDUA; MASSARA, 2009), é de que a primeira consulta odontológica ocorra entre a erupção do primeiro dente decíduo e não mais tarde do que o primeiro ano de vida.

A necessidade de atenção à saúde bucal ainda no primeiro ano de vida é enfatizada pela possibilidade de prevenir a doença cárie dentária ou, pelo menos, diminuir a sua incidência e extensão (LEMOS et al., 2014), além de contribuir para a manutenção da dentição decídua e favorecer o bem-estar da criança (SILVA et al., 2007). Embora sua prevalência tenha diminuído, o único levantamento nacional brasileiro para a idade de 18 a 36 meses, realizado no ano de 2003, mostrou que a cárie dentária acometia 26,85% das crianças (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ainda que poucos estudos tenham investigado as variáveis associadas as práticas de higiene bucal e comportamentos preventivos em bebês (AZEVEDO et al., 2015), o primeiro ano de vida é o momento ideal para a realização da primeira consulta odontológica, a fim de fornecer a educação aos responsáveis, incluindo orientações para instalação de hábitos bucais saudáveis (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2015). Nesse contexto, este trabalho objetivou caracterizar o perfil dos bebês assistidos no Projeto de Extensão Atenção Odontológica Materno-Infantil (AOMI).

2. METODOLOGIA

O Projeto de Extensão intitulado Atenção Odontológica Materno-Infantil (AOMI) é desenvolvido com uma carga horária de quatro horas semanais, durante o ano letivo, e está cadastrado na Pró-Reitoria de Extensão e Cultura com o código COPLAN/PREC número 5265018, sendo desenvolvido nas dependências da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFFP).

No projeto AOMI os bebês são atendidos com agendamento prévio, desde o período gestacional ou por livre demanda, ingressando preferencialmente antes do primeiro ano de vida e, no máximo, até o vigésimo terceiro mês, sendo acompanhados, em ambos os casos, normalmente até completarem o terceiro ano de vida. O protocolo de atenção do bebê preconiza, idealmente, uma visita no primeiro ano, duas no segundo e duas no terceiro ano de vida. Em cada visita as mães tem um reforço sobre os cuidados para prevenir as doenças bucais e, desde a primeira consulta, recebem uma carteira de agendamento com

orientações de cuidados bucais que, durante o período de execução do projeto, recebeu algumas adequações em suas orientações para acompanhar as recomendações da odontopediatria.

Todos os exames realizados no projeto de extensão Atenção Odontológica Materno-infantil são conduzidos por estagiários voluntários graduandos do curso de Odontologia, com acompanhamento direto do professor orientador. Para padronizar os exames e condutas, no início de uma nova turma de estagiários, são apresentados os prontuários utilizados nos atendimentos e são ministrados seminários sobre as condutas do AOMI. Os exames clínicos dos bebês de até 12 meses de idade são realizados na macri, a partir dessa idade até os 24 meses as crianças são examinadas utilizando-se a técnica joelho a joelho e, conforme comportamento da criança, os exames passam a ser realizados na cadeira odontológica.

Os dados apresentados neste trabalho foram coletados a partir do banco específico do AOMI, no qual estão contidas as informações obtidas em cada visita das crianças. Os dados foram inicialmente registrados em prontuários clínicos e, a partir desses, foram coletados em uma ficha específica, contendo as variáveis de interesse para diferentes estudos. Esses dados foram coletados de forma padronizada, por uma única pessoa, seguindo critérios pré-definidos, tanto da anamnese, como do exame da cavidade bucal, e foram transferidos, com dupla digitação, para o banco específico do AOMI, no programa Microsoft Office Excel, com condução de validade.

Foram considerados, do banco do projeto AOMI, os dados socioeconômicos e demográficos (sexo e cor da pele da criança, renda familiar em salários mínimos brasileiros, escolaridade e ocupação materna e número de irmãos), a idade do bebê na primeira consulta odontológica e a presença de cárie dentária pelo índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (ceod), codificado em ≥ 1 . Para descrever as características dos bebês assistidos no projeto, eles foram classificados em três grupos conforme o ingresso: grupo I: na gestação; grupo II: <12 meses de idade; grupo III: 12-23 meses, sendo conduzidas as análises com o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram atendidas 662 crianças e, destas, 52 tinham ≥ 24 meses de idade quando realizaram a primeira consulta odontológica e não foram incluídas no banco do projeto AOMI. A média de idade da primeira consulta no projeto foi de 9,5 meses, sendo que a maioria das crianças (41%) pertencia ao grupo I e a média de início destas foi aos 5,3 meses, sendo significativamente mais cedo que os grupos II e III.

Das crianças atendidas no AOMI, 307 (50,3%) eram meninas e 303 (49,7%) eram meninos, a maioria tinha a cor da pele branca (82,9%) e nasceram de parto a termo (91,6%), não sendo evidenciada nenhuma relação dessas variáveis com a época de ingresso da criança no projeto AOMI. Considerando as características socioeconômicas familiares, a maioria das crianças eram de famílias com renda mensal inferior a três salários mínimos (66,8%) e eram filhas de mães com mais de oito anos de estudo (60,8%), sendo que ambas variáveis também não tiveram relação significante com o início do acompanhamento (Tabela 1). Neto et al. (2010) justificam que a maior escolaridade materna pode estar relacionada com o nível de envolvimento da mãe e a própria procura pelo serviço, por terem, supostamente, maior conhecimento sobre a necessidade da atenção odontológica precoce do seu filho, trazendo-o a um serviço especializado desenvolvido em uma Faculdade de Odontologia.

A maioria das crianças dos grupos I e II tinha pelo menos um irmão. No entanto, o contrário ocorreu no grupo III, onde a maioria das crianças eram filhas únicas (Tabela 1). Essa constatação corrobora com os resultados de Nagaraj e Pareek (2012), que mostraram que as mães com mais de um filho parecem saber mais sobre saúde bucal das crianças, além de terem maior conhecimento sobre erupção dentária e sobre a idade da criança para a primeira consulta odontológica, se comparadas àquelas que têm apenas um filho. Dessa forma, as mães com experiência materna anterior tendem a buscar atendimento odontológico mais precocemente do que as mães que estão experimentando a maternidade pela primeira vez.

Tabela 1 – Características das crianças assistidas no projeto de extensão Atenção Odontológica Materno-infantil de acordo com a idade de ingresso (n=610).

Variáveis (n)	Ingresso no projeto AOMI			Valor P
	Grupo I Pré-natal 250 (41,0)	Grupo II <12 meses 182 (29,8)	Grupo III 12-23 meses 178 (29,2)	
Idade da primeira visita (meses)				<0,001**
Média (DP)	5,3 (2,94)	6,7 (3,11)	18,2 (3,43)	
Mediana	4,5	7,0	18,0	
Sexo				0,054*
Meninos (307)	135 (54,0)	78 (42,9)	94 (52,2)	
Meninas (303)	137 (46,0)	104(57,1)	84 (47,2)	
Cor da pele*				0,117*
Branca (474)	199 (79,9)	149 (87,6)	126 (82,2)	
Não Branca (98)	50 (20,1)	21 (12,4)	27 (17,6)	
Filhos únicos*				<0,001*
Sim (249)	99 (39,1)	61 (43,0)	87 (64,9)	
Não (279)	151 (60,4)	81 (57,0)	47 (35,1)	
Nascimento				0,832*
A termo (559)	228 (91,2)	166 (91,2)	165 (92,7)	
Pré-termo (51)	22 (8,8)	16 (8,8)	13 (7,3)	
Escolaridade materna*				0,847*
≤ 8 anos de estudo (222)	98 (39,5)	65 (40,4)	59 (37,3)	
> 8 anos de estudo (345)	150 (60,5)	96 (59,6)	99 (62,7)	
Renda familiar*				0,883*
0,5-1,5 salários mínimos (174)	86 (34,4)	43 (30,1)	45 (34,3)	
1,6-2,9 salários mínimos (176)	80 (32,0)	52 (36,3)	44 (33,6)	
≥ 3 salários mínimos (174)	84 (33,6)	48 (33,6)	42 (32,1)	
Cárie dentária aos 3 anos*				<0,001*
ceod zero (388)	197 (95,6)	107(95,5)	84 (64,6)	
ceos ≥1 (60)	9 (4,4)	5 (4,5)	46 (35,4)	

*Teste Qui-quadrado para 3 amostras independentes

** Teste Kruskal Wallis

*Dado faltante

A época de início do acompanhamento no AOMI também esteve relacionada significativamente a cárie dentária, sendo essa mais prevalente nas crianças do grupo III (35,4%), comparada aos grupos II (4,5%) e I (4,4%). Esses resultados reforçam a importância de que a primeira visita ao cirurgião-dentista ocorra com a erupção do primeiro dente e não mais tarde do que 12 meses de vida (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2015) e concordam com os achados de Lemos et al. (2014), de que as crianças que ingressaram em programas de acompanhamento odontológico entre os 13 e os 18 meses de vida tiveram maior prevalência de cárie dentária, comparadas às crianças que

ingressaram até os 12 meses vida e àquelas cujas mães aderiram ao programa ainda durante a gestação.

4. CONCLUSÕES

O início do acompanhamento odontológico até o primeiro ano de vida foi fundamental para manter as crianças assistidas no projeto AOMI livres de cárie dentária no terceiro ano de vida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline Policy on the dental home. **American Academy Of Pediatric Dentistry**, v.37, n.6, p.24-25, 2015.

AZEVEDO, M. S.; ROMANO, A. R; COSTA, V. P. P.; LAMAS, R. R. S.; LINHARES, G. S.; CENCI, M. S. Oral Hygiene Behavior in 12- to 18-Month-Old Brazilian Children. **Journal of Dentistry for Children**, v. 82, n. 3, p.128-134, Sept.-Dec., 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, Ministério da Saúde, p.67, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, p.271, 2012.

LEMOS, L.V.F.M.; MYAKI, S.I.; WALTER, L.R.F.; ZUANON, A.C.C. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. **Einstein** (São Paulo), v.12, p.6-10, 2014.

NAGARAJ, A.; PAREEK, S. Infant oral health knowledge and awareness: disparity among pregnant women and mothers visiting a Government Health Care Organization. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v.5, n.3, p.167-172, 2012.

NETO, F.R.G.X.; GUIMARÃES, F.R.; VASCONCELOS, F.M.; CHAGAS, M.I.O.; CUNHA, I.C.K.O; SAMPAIO, J.J.C.; SILVA, R.C.C. Nascimento da dentição em crianças menores de um ano: análise do perfil, percepção e práticas maternas e suas implicações para a organização dos serviços de saúde. **Biblioteca Las Casas** da Fundación Index, v.6, n.1, 2010.

NORONHA, J.C.; RÉDUA, P.C.B.; MASSARA, M.L.A. Periodicidade das Consultas de Manutenção Preventiva, p.411-419, 2009 In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Manual de Referências para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria**, 2009.

PINE, C. Caring for children's developing mouths. Foreword. **International Dental Journal**, v.63, Suppl 2, p.1-2, 2013.

SILVA, M.C.B.; SILVA, R.A.; RIBEIRO, C.C.C.; CRUZ, M.C.N. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luis (MA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1237-1246, 2