



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): Bruna Guido Battistella

Orientador(a): Antonio Bento Alves de Moraes

Ano de Conclusão do Curso: 2008

TCC 429

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Bruna Guido Battistella

**ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE ADESÃO E DESISTÊNCIA
DE CUIDADORES EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO À CRIANÇAS**

Monografia apresentada ao
Curso de Odontologia da
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba – UNICAMP, para
obtenção do Diploma de
Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes

Piracicaba

2008

Unidade FOP/UNICAMP
N. Chamada
.....
Vol. Ex.
Tombo BC/

C.T. 781569

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

B322e	<p>Battistella, Bruna Guido.</p> <p>Estudo exploratório sobre adesão e desistência de cuidadores em um serviço de atendimento odontológico à crianças. / Bruna Guido Battistella. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2008.</p> <p>41f.</p> <p>Orientador: Antonio Bento Alves de Moraes.</p> <p>Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Odontologia. 2. Comportamento. 3. Comunicação. I. Moraes, Antonio Bento Alves de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p> <p>(mg/fop)</p>
-------	---

Dedico este trabalho...

*... aos meus pais Augusto e Renata por me amarem incondicionalmente e por
vivenciarem comigo cada segundo de minha vida;*

... ao meu irmão Murilo pelo carinho e por cada palavra de conforto;

*... aos meus avós Renato e Arady por serem meus segundos pais e por participarem
desta caminhada ao meu lado;*

... ao meu namorado Éderson, pelo amor e companheirismo.

Agradeço...

... primeiramente à Deus, pelo dom da vida e da capacidade e por estar sempre presente em minha vida. À Nossa Senhora, Mãe de todos nós, por me segurar no colo tanto nos momentos de desespero como de alegria e ao Espírito Santo por guiar meus passos e iluminar meu caminho;

... ao Professor Doutor Antonio Bento Alves de Moraes pela paciência e pela confiança em mim depositada;

... ao Gustavo Rolim pelo apoio, incentivo e tempo que dispensou neste trabalho;

... à Maylu e à Juliana pelas palavras de conforto nos momentos de desespero;

... à Renata Andrea Salvitti de Sá Rocha pela amizade e boa vontade em me auxiliar neste trabalho;

... aos meus pais Augusto e Renata pelo amor incondicional, pela força e incentivo, e pela luta para que eu pudesse concluir meus estudos;

... ao meu irmão Murilo pelo apoio e carinho nos momentos de dificuldades e por saber que sempre estará ao meu lado;

... aos meus avós Renato e Arady pelas orações e afeto;

... ao meu namorado Éderson pelo companheirismo, amor e compreensão e pelos momentos em que deixou tudo de lado para me auxiliar em meus estudos;

... à todas as minhas amigas, especialmente aquelas que me apoiaram nos dias de desespero ou fraqueza e me fizeram ver o lado bom de cada um dos momentos, mesmo nos mais árduos desafios.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	1
Lista de Figuras.....	2
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	3
RESUMO.....	4
INTRODUÇÃO.....	6
MÉTODO.....	9
PROCEDIMENTOS.....	11
ANÁLISE DOS DADOS.....	14
RESULTADOS.....	14
DISCUSSÃO.....	22
CONCLUSÃO.....	29
ANEXOS.....	31
REFERÊNCIAS.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Porcentagem de ocorrências da categoria Motivo.....	16
Tabela 2. Frequência e Porcentagem de episódios de doenças apresentadas por pacientes desistentes em 2006 e 2007.....	18
Tabela 3. Porcentagem de crianças que apresentavam Hábitos deletérios na Categoria PERFIL.....	19
Tabela 4. Porcentagem de crianças que apresentavam Hábitos deletérios na Categoria ORIENTAÇÃO.....	20
Tabela 5. Porcentagem de crianças que apresentavam Hábitos de Higiene na Categoria PERFIL.....	21
Tabela 6. Porcentagem de crianças que apresentavam Hábitos de Higiene na Categoria ORIENTAÇÃO.....	22

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Número de desistentes nos anos de 2006 e 2007.....	15
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

et al. = e outros (abreviatura de "et alii")

Cepae= Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais

FOP/UNICAMP= Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas

OMS= Organização Mundial de Saúde

n= número de indivíduos

IBGE= Instituto Brasileiro de Geologia e Estatística

RESUMO

O Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais é uma unidade de pesquisa e serviço cujo principal objetivo é a promoção da saúde de crianças e seus cuidadores por meio de atividades educativas, preventivas e curativas. Por meio da observação durante os atendimentos clínicos deste centro, pode-se supor relações entre a maneira de orientar e a desistência de cuidadores. Este trabalho teve o objetivo de categorizar o perfil dos cuidadores e da criança desistentes do programa, assim como as orientações a ele fornecidas pelo profissional e associá-los com as características de saúde e de desistência. O delineamento consistiu do levantamento de desistentes do ano de 2006 e 2007 para a categorização de orientações e informações em prontuários em papel e virtuais. Foram analisados 155 pacientes, 86 eram do gênero masculino e 69 do feminino. Os resultados indicaram que as principais características dos desistentes foram a abrupta desistência de meninos e meninas após o período de 19 a 30 meses na qual meninos predominaram e meninas apresentaram maior desistência no período de 55 a 60 meses. O motivo mais prevalente de desistência foi a categoria Retorno, ou seja, a mãe não retornou após longo período de tempo de uma consulta perdida. A incidência de doenças congênitas foi de 5% sendo que as doenças adquiridas que mais apareceram quantitativamente foram gripe, anemia, garganta inflamada e febre. Com relação aos hábitos deletérios e de higiene, meninas apresentaram mais hábitos deletérios, menor frequência de higienização e receberam mais orientações a respeito dos hábitos deletérios. A identificação do perfil e de variáveis relacionadas aos usuários e

cuidadores desistentes de um serviço de atendimento odontológico de promoção e prevenção a saúde pode auxiliar os profissionais a sistematizar serviços e atendimentos a pais e crianças.

Palavras chave: comportamento de cuidadores, comunicação, orientações

INTRODUÇÃO

A Psicologia Aplicada à Odontologia pode ser considerada um campo multidisciplinar em que pesquisas são realizadas para o desenvolvimento do conhecimento e das técnicas das ciências psicológicas e biológicas relevantes ao processo saúde - doença. A aplicação desse conjunto de conhecimentos e técnicas é destinada à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, incluindo temas como adesão, vínculo profissional-usuário-cuidador e apoio social (Ingersoll, 1982; Melamed, 1979; Milgrom et al, 1995; Singh Sanches, Moraes e César, 2002).

Os pesquisadores e profissionais da saúde reconhecem a importância da prevenção e do tratamento das doenças bucais. No entanto, as proposições dos trabalhos e pesquisas devem ir além do objetivo de reabilitar ou de impedir a doença. Pode-se considerar que estes precisam envolver, preferencialmente, a promoção de cuidados relacionados a comportamentos ou hábitos de saúde pelos usuários e cuidadores para a manutenção da saúde geral e bucal. Desta maneira, as intervenções envolvem a participação do usuário/cuidador, com ênfase na responsabilidade perante seu próprio corpo e na educação para a saúde respeitando a autonomia e as necessidades do usuário (Straub, 2005).

A capacitação dos profissionais da saúde, também, é considerada um objeto de estudo deste campo de conhecimento da Psicologia e da Saúde. A formação do profissional da saúde engloba a aquisição de habilidades técnicas e comunicacionais. Estas habilidades se relacionam diretamente com os conceitos de adesão e vínculo, ou seja, para que exista uma maior adesão às recomendações deve-se comunicar de forma acessível o que a pessoa precisa

saber e quais cuidados deve tomar. No entanto, estudos como os de Page *et al* (1981) e Ceccato *et al* (2004) indicam que a comunicação profissional – usuário do serviço ainda é um obstáculo na área da saúde, o que se associa a prejuízos no cuidado com a saúde, desistência relacionadas às recomendações realizadas com ou sem protocolos de tratamentos.

Ainda é objetivo desta área aplicada, o desenvolvimento de intervenções junto a grupos e comunidades (Costa Jr, 2001; Moraes 1999). Pesquisas e intervenções, como as de Carrascoza (2007) e Oliveira e Carracho (2002) demonstram que o apoio social estabelecido em grupos informativos para gestantes promovem hábitos de saúde como aleitamento materno durante os seis primeiros meses de vida de bebês. Estes estudos são exemplos de programas de intervenção em saúde de baixo custo e alto impacto em relação à adesão a práticas de cuidado, o que está diretamente relacionado à saúde do recém-nascido.

O contato estabelecido entre a criança-cuidador e os profissionais de saúde, independente do fato que motivou a procura do atendimento, seja este preventivo como a vacinação, ou curativo como uma restauração em um dente cariado. Este contato deve ser tratado como oportunidade para a realização de uma análise integrada, intervenção participativa e educativa voltada à promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2001). Em atendimentos que envolvam crianças, especialmente bebês, os cuidadores sempre serão parte, ou melhor, serão participantes e principais agentes para o cuidado oferecido à criança. Desta forma, o cuidador é a primeira pessoa que estabelecerá o contrato com o profissional.

Ressalta-se que qualquer intervenção ou recomendação deve ser compartilhada entre o usuário-cuidador e o profissional, o que está diretamente relacionado ao conceito de adesão; o qual corresponde "(...) à extensão com a qual o comportamento de uma pessoa, tomando medicação, seguindo uma dieta, e/ou executando mudanças no estilo de vida, corresponde às orientações que foram recomendadas **em comum acordo** com a equipe de saúde" (OMS, 2003; Bresolin & Fernandes, 2004; Crepaldi, 1999; Santos, 2000; Shiota, Santos & Miyazaki, 2004).

Estudos na área da saúde que avaliaram a não-adesão e desistência a tratamentos destacam os seguintes aspectos: 1.) o "esquecimento", as dificuldades de compreensão da orientação e a impossibilidades concretas de seguir as recomendações como os principais motivos verbalizados pelos cuidadores ou usuários, e 2.) a utilização de símbolos/abreviaturas, letra ilegível e orientações fornecidas apenas verbalmente pelos profissionais (Ferreira, 2006; Sano, Masotti, dos Santos e Cordeiro, 2002; de Oliveira, 2005).

Para avaliar comportamentos de adesão foram realizados diversos procedimentos para avaliação e planejamento de intervenções (Ferreira, 2006; La Greca, 1990; Miyazaki, 1997). Pode-se destacar o auto-relato, o uso de questionários e entrevistas semi-dirigidas, registros de monitoração e exames clínicos / laboratoriais. Ferreira (2006), afirma que não há um procedimento que produza resultados mais fidedignos que outros, por esta razão os estudos em adesão normalmente envolvem diversos indicadores verbais e clínicos.

A saúde deve ser entendida enquanto um processo dinâmico que envolve o comportamento, as crenças e demandas do usuário / cuidador e do

profissional, assim como o contexto em que o atendimento de saúde é realizado. Acompanhar, descrever e avaliar sistematicamente características do profissional, da criança e de seu cuidador pode ser uma estratégia para descrever indicadores de adesão, para uma possível formulação de intervenção que auxiliem as “possíveis desistentes” a permanecerem integrados no serviço de saúde.

O objetivo deste trabalho foi permitir a identificação do perfil e de variáveis relacionadas aos usuários e cuidadores desistentes de um serviço de atendimento odontológico, assim como, sua adesão às recomendações e orientações dadas pelo profissional. Também buscou levantar indicadores que poderiam ser utilizados para a verificação e análise do processo de adesão. Este estudo pode permitir a estruturação de intervenções breves e preventivas com mães e cuidadores cujos indicadores sugiram uma certa propensão a uma não-adesão.

MÉTODO

O projeto foi realizado em um centro de pesquisa e atendimento em saúde de uma universidade do interior do Estado de São Paulo (Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas / Cepae-FOP/UNICAMP). Este centro conta com atendimentos regulares para gestantes, recém nascidos e crianças com até cinco anos de idade. O trabalho com as gestantes e puérperas envolve atendimentos grupais e individuais com

caráter informativo. As intervenções são realizadas por uma equipe multidisciplinar composta por dentista, fonoaudióloga, psicóloga e nutricionista.

No Cepae, os intervalos entre as consultas variam de uma semana a dois meses, dependendo da faixa etária da criança e das suas necessidades. No primeiro ano de vida, o número de consultas varia de dez a doze e, a partir do segundo ano, de seis a oito consultas.

A cada visita, avalia-se o índice de biofilme dental¹, o conteúdo e a natureza da dieta e realiza-se treino de higiene bucal e orientações gerais sobre alimentação e hábitos bucais deletérios. Cada consulta demanda 60 minutos e envolve diretamente um cirurgião-dentista e seu supervisor, além de estar sempre presentes profissionais de fonoaudiologia, nutrição e psicologia, que dão suporte teórico à equipe odontológica e atuam diretamente com as famílias.

Durante a participação no programa do Cepae, as mães recebem, sistematicamente, orientações sobre técnica de escovação, uso de fio dental, prevenção ou interrupção do uso de chupeta e mamadeira e controle de hábitos alimentares.

¹ O índice de biofilme dental, ou seja, o hábito de higiene bucal é classificado em alto, médio e baixo segundo a classificação:

- IP alto - presença de biofilme em mais de 2/3 da superfície dental;
- IP médio - presença de biofilme em menos de 2/3 da superfície dental;
- IP baixo - presença de biofilme em menos de 1/3 da superfície dental.

PROCEDIMENTO

Para seleção dos participantes foram utilizados todos os prontuários de acompanhamento clínico e preventivo de crianças participantes do programa do Cepae, que desistiram do mesmo durante o período de 2006 e 2007.

Para todos os cuidadores que ingressam no atendimento do programa do Cepae, há a solicitação para que os dados de prontuário possam ser utilizados para a pesquisa. Todos os prontuários dos desistentes, do período acima, que estavam com o termo de acordo para pesquisa foram objeto de análise.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas:

1º- Levantamento do número de desistentes nos anos de 2006 e 2007;

2º- Levantamento e categorização das orientações descritas nos prontuários pelos profissionais.

A primeira e segunda etapas foram realizadas a partir dos prontuários em papel e do sistema de acompanhamento clínico virtual. Os prontuários em papel são, geralmente, constituídos das seguintes páginas:

a) ficha de identificação da mãe e da criança: na qual está contido o nome, idade, telefone e data de nascimento da criança.

b) ficha de avaliação nutricional (peso x altura): na qual são registrados os valores coletados durante as consultas

c) ficha de avaliação do crescimento (curva CDC): onde, com base nos dados registrados na ficha de avaliação nutricional, é traçada a curva da criança e comparada com o curva de normalidade, permitindo

desta forma avaliar a condição da criança: normal, sobrepeso, obesa ou desnutrida.

d) folha(s) de procedimentos: nas quais são registrados os procedimentos realizados na criança e demais informações que o profissional julgar necessárias, como por exemplo: comportamento/colaboração da mãe e da criança, estado de saúde da criança, hábitos, alimentação e quais orientações foram dadas à mãe.

Os prontuários informatizados são constituídos pelos seguintes dados:

a) Identificação e histórico de saúde da criança e da família - nesta secção estão os seguintes itens: identificação; filiação; dados em relação ao pré-natal; dados em relação ao neonatal, dados em relação ao pós-natal: criança nasceu saudável ou tinha algum problema, dados médicos, faltas/remarcações (data-motivo).

b) Ficha de nutrição - é realizado o acompanhamento da amamentação do recém nascido e após o desmame é assinalado toda a introdução de alimento a criança.

c) História dental - destacam-se os itens: quando a família visita o dentista, qual o comportamento da criança, como é a higiene da criança: usa fio dental, qual horário escova, faz limpeza com gaze, criança colabora na higienização, respiração: nasal, bucal ou ambas

d) Ficha de atendimento odontológico - com destaque para os itens: quais procedimentos foram realizados na sessão: índice de placa, limpeza com gaze, higiene bucal (escovação e uso de fio dental), quais

orientações foram dadas à mãe ou acompanhante, anota-se tudo o que foi observado na cavidade bucal da criança (cavidades abertas, cárie, mancha branca, presença ou necessidade de restauração, presença de malformação), como é a relação entre os dentes da criança (normal, mordida aberta, mordida cruzada anterior/posterior/ Direita/Esquerda/bilateral)

e) Hábitos não nutritivos – identifica-se a presença de hábitos presentes ou passados (mamadeira, chupeta, onicofagia, sucção de dedo e em que período do dia: manhã, tarde, noite, madrugada, tempo todo). Caso a criança apresente hábitos estão identificados quais foram as orientações dadas à mãe ou acompanhante, como por exemplo: reduzir mamadeira, reduzir chupeta, diminuir / aumentar / remover a ingestão de leite materno, diminuir a ingestão de alimentos líquidos/pastosos, controlar ingestão de açúcar, escovar mais vezes e/ou melhor, usar fio dental, substituir mamadeira por copo, incentivar mastigação (aumentar a ingestão de alimentos consistentes).

f) Avaliação do comportamento da mãe – são identificados problemas como: realiza escovação e/ou usa fio mesmo quando a criança não colabora, tem habilidade para realizar escovação e uso de fio dental, permite atuação plena do cirurgião dentista, mostra-se tranquila durante a realização dos procedimentos, segue as instruções de escovação, fio dental, dieta, hábitos, busca informações além das fornecidas, verbalização condiz com situação clínica.

ANALISE DOS DADOS

Os registros dos prontuários foram categorizados em planilhas do programa EXCEL e organizados em tabelas e gráficos. Para a análise dos dados de gênero por faixa etária utilizou-se o teste Qui-Quadrado ($\alpha=5\%$).

A fim de avaliar a faixa etária de maior ocorrência das desistências, optou-se pela estratificação da amostra em 10 faixas etárias, em meses (0-6, 7-12, 13-18, 19-24, 25-30, 31-36, 37-42, 43-48, 49-54, 55-60).

RESULTADOS

O número de desistentes no ano de 2006 foi 80 e em 2007 houve 75 desistências, totalizando 155 pacientes que desistiram do programa neste período. O número de pacientes desistentes de 2006 e 2007 do gênero feminino foi 69, e do gênero masculino, 86.

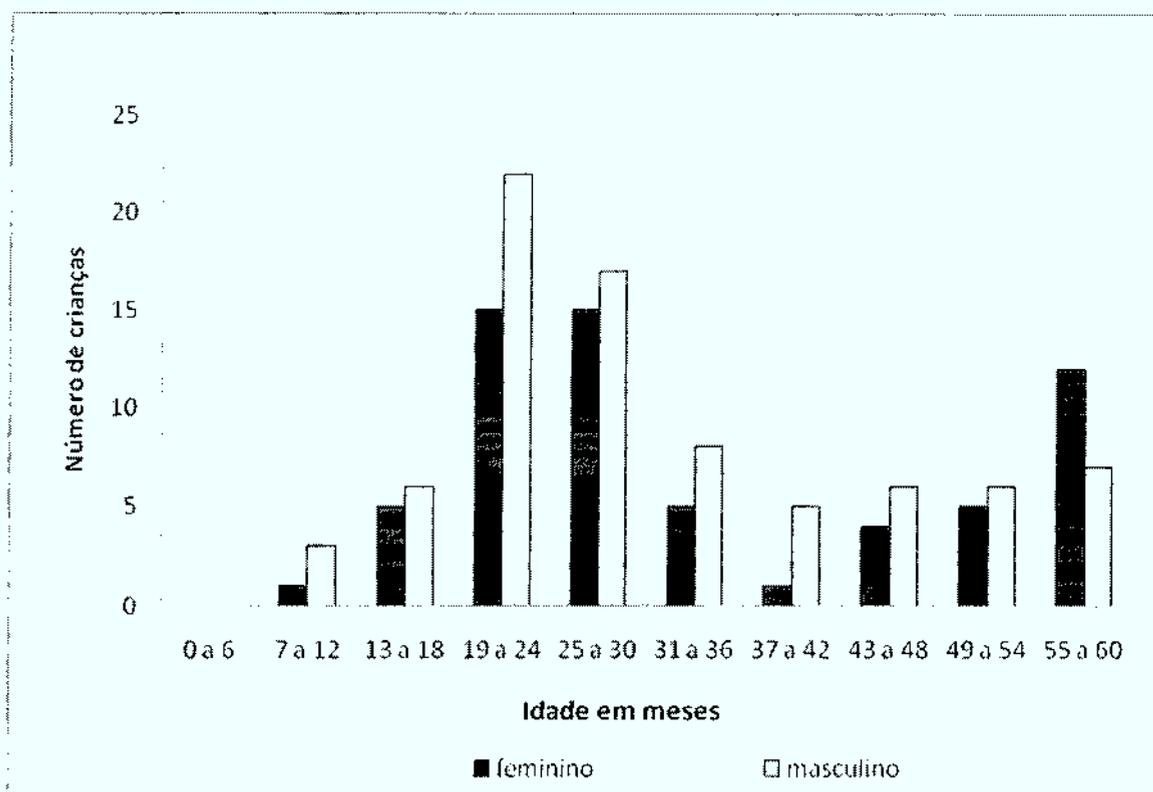


Figura 1. Número de desistentes nos anos de 2006 e 2007.

Com relação à desistência, podemos observar que houve uma abrupta desistência de meninos e meninas após o período de 19 a 30 meses, sendo que o número maior de desistências foi de meninos. Observa-se que as meninas apresentaram maior desistência no período de 55 a 60 meses.

A partir da análise dos registros levantados nos prontuários dos desistentes dos anos de 2006 e 2007 do Cepae, foram criadas cinco categorias: **Motivo, Perfil, Orientações, Recomendações, e Procedimentos**

A categoria **Motivo** consiste do motivo do desvinculamento do paciente do programa e é dividida em 3 subcategorias (Anexo 1). A categoria **Perfil**, que consiste dos relatos dados pelo cuidador e/ou registros do profissional com relação a determinados hábitos, foi dividida em 16 subcategorias (Anexo 2). A

categoria **Orientações** reúne as orientações fornecidas pelo profissional ao cuidador durante o atendimento com relação a determinados assuntos e é dividida em 17 subcategorias (Anexo 3). A categoria **Recomendações** consiste da análise do relato do cuidador a fim de verificar se ele seguiu ou não as orientações dadas pelo profissional, e, sendo assim, é baseada na categoria orientações, recebendo 34 subcategorias. A última categoria, denominada **Procedimentos**, consiste dos procedimentos realizados nos pacientes, sejam eles preventivos ou curativos, registrados nos prontuários. Esta é dividida em 6 subcategorias (Anexo 4).

Para o estabelecimento das características dos cuidadores e das crianças desistentes fez-se a análise das categorias Motivo, Perfil e Orientação, sendo que estas, duas últimas, categorias foram analisadas com relação a hábitos deletérios e de higiene e condição de saúde geral e bucal.

Observa-se na Tabela 1. as porcentagens de ocorrência da categoria Motivo da desistência.

Tabela 1.
Porcentagem de ocorrências da categoria Motivo.

	N	DESISTÊNCIA	FALTA	RETORNO
Total feminino	69	14,5%	20,3%	65,2%
Total masculino	86	11,6%	15,1%	73,3%
Total geral	155	12,9%	17,4%	69,7%

Dentre os motivos relatados para a desistência dos pacientes do programa, observa-se que 65,2% dos cuidadores não retornaram para remarcar uma consulta perdida após longo período de tempo e/ou o profissional não conseguiu contato. As categorias Falta (paciente com excesso ou consecutivas faltas) e Desistência (cuidador com motivo particular) apareceram em menor proporção.

Na Tabela 2. Apresenta-se o número de episódios e a porcentagem das doenças apresentadas pelas crianças do estudo.

Tabela 2.

Frequência e Porcentagem de episódios de doenças apresentadas por pacientes desistentes em 2006 e 2007.

Doença	N	%
Doenças Adquiridas:		
Garganta Inflamada	13	9%
Estomatite	9	6%
Refluxo	7	5%
Gengivite	3	2%
Afta	2	1%
Cândida	2	1%
Queilite	1	1%
Alergia	6	4%
Rinite	2	1%
Adenóide	1	1%
Catarata	1	1%
Anemia	16	11%
Febre	10	7%
Tosse	6	4%
Otite	9	6%
Pneumonia	7	5%
Bronquite	3	2%
Infecção Urinária	2	1%
Conjuntivite	1	1%
Gripe	24	17%
Catapora	6	4%
Virose	4	3%
Salmonela	1	1%
	136	95%
Doenças Congênicas:		
Síndrome de Down	1	1%
Problema cardíaco	2	1%
Mielohidrocefalia	1	1%
Fissura Lábio-Palatina	3	2%
	7	5%
	143	100%

Com relação à saúde geral observamos que as doenças que acometeram mais vezes as crianças foram gripe, anemia, garganta inflamada e febre. O acometimento de doenças congênitas foi de 5%.

Tabela 3.

Porcentagem de crianças que apresentavam Hábitos deletérios na Categoria PERFIL.

	n	Feminino	Masculino	
0 a 6	155	22%	19%	p = 0.6884
7 a 12	151	49%	51%	p = 0.8705
13 a 18	140	62%	53%	p = 0.3909
19 a 24	103	75%	29%	p = 0.00001
25 a 30	71	97%	53%	p = 0.00001
31 a 36	58	79%	57%	p = 0.0973
37 a 42	52	67%	52%	p = 0.3972
43 a 48	42	30%	47%	p = 0.3437
49 a 54	31	61%	38%	p = 0.3418
55 a 60	12	17%	67%	p = 0.2424

A análise da categoria hábitos deletérios, que envolve o uso de mamadeira, chupeta e dedo permitiu observar que houve diferença estatística entre meninos e meninas na presença do hábito no período de 19 a 30 meses, sendo que meninas predominam nos mesmos (Tabela 3).

Tabela 4.

Porcentagem de crianças que apresentavam Hábitos deletérios na Categoria ORIENTAÇÃO.

	n	Feminino	Masculino	
0 a 6	155	13%	20%	p = 0.2884
7 a 12	151	49%	37%	p = 0.1877
13 a 18	140	57%	38%	p = 0.0270
19 a 24	103	56%	47%	p = 0.3559
25 a 30	71	58%	45%	p = 0.3442
31 a 36	58	43%	27%	p = 0.2705
37 a 42	52	52%	20%	p = 0.0228
43 a 48	42	26%	11%	p = 0.2585
49 a 54	31	28%	8%	p = 0.2103
55 a 60	12	0%	0%	p = 1.0000

Em relação à categoria orientações, estatisticamente notamos que houve diferença nos períodos de 13 a 18 e 37 a 42 meses, nos quais meninas receberam mais orientações do que meninos.

Tabela 5.

Porcentagem de crianças que apresentavam Hábitos de Higiene na Categoria PERFIL.

n	Feminino	Masculino	
0 a 6	13%	14%	p = 1.0000
7 a 12	28%	37%	p = 0.2304
13 a 18	35%	34%	p = 1.0000
19 a 24	29%	51%	p = 0.0287
25 a 30	45%	34%	p = 0.4656
31 a 36	68%	57%	p = 0.4268
37 a 42	22%	28%	p = 0.7523
43 a 48	26%	53%	p = 0.1133
49 a 54	44%	23%	p = 0.2755
55 a 60	17%	0%	p = 1.0000

Analisando estatisticamente os hábitos de HIGIENE, observou-se diferença estatística entre meninos e meninas na realização de higienização no período de 19 a 24 meses, sendo que meninos escovam mais do que meninas.

Tabela 6.

Porcentagem de crianças que apresentavam Hábitos de Higiene na Categoria ORIENTAÇÃO.

n	Feminino	Masculino	
0 a 6	12%	22%	p = 0.0938
7 a 12	66%	72%	p = 0.4785
13 a 18	54%	48%	p = 0.5019
19 a 24	56%	62%	p = 0.6881
25 a 30	58%	61%	p = 0.8138
31 a 36	29%	20%	p = 0.5450
37 a 42	52%	36%	p = 0.2781
43 a 48	35%	37%	p = 1.0000
49 a 54	33%	23%	p = 0.6961
55 a 60	0%	0%	p = 1.0000

Com relação às orientações de higiene não há diferença estatística entre meninos e meninas.

DISCUSSÃO

A não adesão a tratamentos de saúde é um problema comum tanto em pesquisa como clinicamente. Nas consultas odontológicas, mesmos cientes de que podem adquirir doenças bucais, como cárie e periodontites, os pacientes não seguem as recomendações fornecidas, além de faltarem ao tratamento e até mesmo desistirem.

Alguns dos indicativos comportamentais de não adesão seriam o número de faltas e remarcações, a condição bucal do paciente e a porcentagem de desistência. Desta forma, observa-se que neste estudo o motivo prevalente de desistência foi o não retorno para remarcar uma consulta perdida, sendo que o segundo motivo seria o excesso de faltas e apenas, a menor proporção por problemas particulares.

Teoricamente, a assiduidade às consultas é um fator fundamental para a melhora nos níveis de saúde bucal das crianças, pois, nos retornos de cada consulta, são reforçados os conceitos de prevenção, os hábitos domésticos de higiene e dieta, e são realizadas a profilaxia clínica e a aplicação tópica de flúor, de acordo com a necessidade de cada paciente (Lemos et al, 2008).

Stocco (2008) realizou um estudo em uma Unidade Básica de Saúde em que associou a assiduidade às consultas odontológicas com a carteira de vacinação da criança. Desta forma, os cuidadores eram incentivados a fazer o cadastro da criança para receber tratamento odontológico quantas vezes fosse necessário e cada consulta era anotada na carteira de vacinação, sendo que ao comparecer à UBS portando a mesma era observado sua frequência de consultas. Um dos resultados obtido foi que crianças até 24 meses tem maior índice de retornos recentes enquanto crianças mais velhas (52,3%) não retornaram (a maioria cadastrada após os 12 meses de idade) ou até mesmo não foram cadastradas.

Várias pesquisas relatam a importância da motivação dos pais tanto em relação à assiduidade quanto em relação à hábitos tendo em vista que eles são os responsáveis pelos hábitos de dieta e higiene da criança no período dos

primeiros anos de vida, onde há o irrompimento dos dentes na cavidade bucal e a instalação dos mesmos (Lemos et al, 2008).

Em relação aos hábitos deletérios observa-se, como verificado no estudo de Souza et al (2006), que mães que são orientadas em relação ao uso de chupeta, como ocorre no programa do Cepae, ofertaram-na mais tarde aos seus filhos.

Existem evidências de que ocorre um aumento na prevalência de cárie decorrente da introdução da mamadeira, que em parte pode estar relacionado com a introdução de açúcar mais cedo na dieta (AL-DASHTI *et al.*, 1994). Além disso, 93% dos pré-escolares que fazem uso de mamadeira contendo leite bovino ou leite em fórmula o faz na cama (DILLEY *et al.*, 1980), o que pode dificultar a prática de higiene bucal, pois a criança geralmente dorme logo após alimentação e o cuidador termina por não realizar a higienização bucal da criança.

Neste estudo foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas na faixa etária de 19 a 24 meses, sendo que as meninas apresentaram 75% de presença de hábitos e os meninos, 29% ($p = 0.00001$); e também na faixa etária de 25 a 30 meses, na qual meninas apresentaram 97% e meninos 53% de hábitos ($p = 0.00001$). Estas faixas etárias coincidem com o período conhecido como janela de infectividade.

A "janela de infectividade" vai do 19º ao 31º mês de vida da criança e está relacionada à erupção dos molares decíduos. Neste período, há uma maior propensão para a colonização bucal por microorganismos cariogênicos já que apresentam dentes com superfícies com sulcos e fissuras que facilitam a

sua adesão (Catalanotto *et al.*, 1975). A colonização primária está intimamente relacionada com hábitos sociais, tais como beijar bebês diretamente na boca, limpar ou umedecer com a saliva chupetas ou bicos de mamadeiras e dividir com o bebê um mesmo talher ou copo (Aaltonen & Tenovu, 1994). Contudo, tais hábitos parecem não contribuir efetivamente na colonização em bebês cuja dentição decídua ainda não tenha irrompido, uma vez que a presença dessas bactérias não é detectada em bebês edêntulos (Alaluusua, 1991.)

Na cárie de mamadeira ou cárie precoce da infância a janela de infectividade é antecipada sendo que ocorre por volta de 6 a 14 meses. Isto ocorre porque o consumo de líquidos adoçados por essas crianças propicia a obtenção precoce do agente etiológico primário, decorrente de um "shift" microbiano, que leva ao predomínio dos microorganismos cariogênicos na cavidade bucal. Esse "shift" também pode, provavelmente, ser ocasionado por uma freqüente e prolongada exposição da cavidade bucal a substratos cariogênicos num tempo em que o esmalte dental ainda não está totalmente amadurecido pelo contato com os componentes bioquímicos da saliva, ou seja, não sofreu sequer o processo de maturação pós-eruptiva, sendo, portanto, mais rápida a evolução do processo carioso (CAUFIELD *et al.*;1993; CAUFIELD *et al.*, 2000).

As idades nas quais as crianças adquirem os estreptococos cariogênicos parecem ser de fundamental importância, pois elas permanecem estáveis por anos. Elas são infectadas com um dado microorganismo numa dada fase de sua infância e esse microorganismo, depois de estabelecido, permanece constante e predominante mesmo quando da inclusão/substituição

de diferentes novos membros adultos às suas famílias. Portanto, cepas instaladas durante a janela de infectividade e que se tornaram dominantes numéricos tendem a ser preservadas ao longo dos anos (Rosa *et al.*, 2005).

Medidas preventivas devem ser tomadas para evitar ou retardar a primoinfecção nessa faixa etária, visto que crianças com histórico precoce de cárie dental tornam-se pacientes de alto risco (Köhler & Jonsson, 1984; Fujiwara ET AL., 1991)).

Porém, alguns hábitos de origem cultural, como os atos da mãe “limpar” a chupeta que caiu no chão colocando-a em sua própria boca, soprar a papinha para esfriar e os beijos diretamente na boca no bebê, são muito arraigados e difíceis de romper em nossa sociedade, requerendo do profissional de saúde habilidades de comunicação (Lemos et al, 2008)..

A alta carga infectiva proveniente das mães associada ao hábito da ingestão de uma dieta calórica pode antecipar essa janela de infectividade. Relacionado à transmissibilidade dessas bactérias cariogênicas: é observada uma fidelidade da infecção inicial das crianças a partir de suas mães. Um grupo de pares mães-filhos foi acompanhado com coletas periódicas de *S. mutans* a cada três meses, desde o nascimento até a idade de três anos. Obteve-se que 24/34 (70,6%) das crianças albergavam genótipos de *mutans* idênticos aos de suas mães, sendo que a maior fidelidade de transmissão ocorreu nos pares mães-filhas (88%), contra 53% nos pares mães-filhos (Li & Caufield, 1995). Esses achados podem levar à inferência de que hábitos sociais podem ser diferentes entre os pares mães-filhas e mães-filhos (Caufield, 1997).

Assim, a partir deste estudo, podemos observar que devemos nos atentar para este período em que a criança está mais susceptível à infecção por microorganismos cariogênicos de maneira que as informações que já são dadas rotineiramente, como não assoprar a papinha, não beijar na boca e não comer na mesma colher, sejam de maior ênfase nestes períodos.

Como o objetivo do programa do Cepae é a prevenção deve-se saber que para conseguir cumpri-lo não basta ter conhecimento de qual orientação fornecer mais também os períodos que elas devem ser mais enfatizadas. Por este estudo, observou-se que além da diferença estatística para a presença de hábito deletério em meninas, sendo este mais presente nestas, há também diferença entre gêneros quanto à higiene, no qual meninos higienizam mais no período de 19 a 24 meses de idade. Portanto, o profissional deve estar atento à essa especificidade da doença entre os diferentes gêneros, orientando segundo evidências científicas existentes cuidadores de meninos e meninas pois, se associadas as variáveis presença de hábito deletério, má higiene e transmissibilidade de microorganismos cariogênicos, a probabilidade de cárie se intensifica.

Entre os pacientes desistentes nos anos de 2006 e 2007 no Cepae, houve maior número de episódios das doenças gripe, anemia, garganta inflamada e febre, sendo que 5% dos pacientes apresentavam doença congênita.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, estudos indicaram que a incidência geral dos defeitos congênitos na América Latina não difere, significativamente, daquela encontrada em outras regiões do mundo. De modo

geral, pode-se considerar que não menos de 5,0% dos nascidos vivos apresentam alguma anomalia do desenvolvimento, determinada, total ou parcialmente, por fatores genéticos. Desta forma, o presente estudo se enquadra na média mundial, já que demonstrou que 5% das crianças desistentes do programa nos anos de 2006 e 2007 eram portadoras de alguma doença congênita.

Segundo o IBGE, nas crianças, a gripe manifesta-se consoante o grupo etário. A prostração é encontrada em 50% das crianças com idade inferior a 4 anos e só 10% no grupo etário dos 5 aos 14 anos. Neste estudo, a gripe foi a doença que mais vezes acometeu as crianças participantes do programa. As crianças podem apresentar várias gripes por ano, aumentando a incidência se freqüentarem creche ou escola. Esta faixa etária da população é atingida por essa doença porque crianças ainda não formaram uma memória imunológica que é adquirida com as infecções e ficam gripadas sempre que o corpo é invadido por um vírus novo ou desconhecido, e assim seu organismo cria anticorpos. Geralmente a gripe associa-se sintomas como dor de garganta e febre, que estiveram presentes neste estudo com alta prevalência.

Em relação à anemia, esta doença está associada aos níveis de hemoglobina no sangue, que devem ser mantidos para evitá-la. Sendo que no primeiro ano de vida, segundo demonstrou o estudo de Assis et al (2004), a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade junto com o controle da alimentação com uma dieta adequada auxilia para o aumento de tais níveis. A anemia também pode ser explicada pela época de

introdução de alimentos, na qual mães que julgam que seus filhos não se alimentam adequadamente, oferecem, logo após, o peito, para complementar a dieta, sem saber que o cálcio do leite irá interagir com o ferro dos alimentos, impedindo a absorção de ambos os nutrientes.

A identificação do perfil e de variáveis relacionadas aos usuários e cuidadores desistentes de um serviço de atendimento odontológico de promoção e prevenção a saúde pode auxiliar os profissionais a sistematizar serviços e atendimentos a pais e crianças. A prevenção em programas de saúde é essencial na medida em que permite acompanhar mais de perto períodos relevantes, como o período da janela da infectividade que vai dos 19 aos 31 meses de vida e que coincidiu com aquele de maior desistência pelos pacientes do programa estudado.

Este estudo permitiu o levantamento de características de desistentes sobre hábitos deletérios e de higiene, em cada faixa etária, e contribuiu para a estruturação de indicadores etários para o cuidado de prevenção e orientação em odontopediatria.

CONCLUSÃO

Desta forma concluímos que o profissional deve fornecer orientação de forma mais sistematizada sobre como o cuidador deve se comportar durante a situação odontológica e também como deve preparar a criança em casa, de forma a treiná-la para enfrentar com tranquilidade as contingências do

tratamento, contribuindo desta forma para aumentar a adesão às informações preventivas oferecidas pela equipe, diminuindo a incidência de desistências.

ANEXO 1

Tabela 3. Descrição das subcategorias da categoria Motivo.

Subcategoria	Descrição
DESISTÊNCIA	Cuidador relata determinado motivo particular.
FALTA	Paciente teve faltas consecutivas e/ou excessivas.
RETORNO	Cuidador não retornou após longo período de tempo para remarcar uma consulta perdida e/ou nem o Cepae conseguiu contato.

ANEXO 2

Tabela 1. Descrição das subcategorias da categoria **Perfil**.

Subcategoria	Descrição
COMPORTAMENTO TRANQUÍLO	Cuidador relata que a criança é calma.
COMPORTAMENTO AGITADO	Cuidador relata que a criança dá muito trabalho para ir ao médico, para escovar, está muito brava, chora bastante, é muito agitada, é hiperativa.
DORME BERÇO	Cuidador relata que a criança dorme sozinha no berço (em outro quarto).
DORME CAMA DOS PAIS	Cuidador relata que a criança dorme na cama dos pais.
HÁBITO MAMADEIRA	Cuidador relata que a criança apresenta hábito de mamadeira.
HÁBITO CHUPETA	Cuidador relata que a criança apresenta hábito de sucção de chupeta.
HÁBITO DEDO	Cuidador relata que a criança apresenta hábito de sucção digital.
HÁBITO COPO	Cuidador relata que a criança utiliza copo pra ingerir líquidos.
HÁBITO ONICOFAGIA	Cuidador relata que a criança apresenta hábito de onicofagia.
HIGIENE FIO DENTAL	Cuidador relata uso de fio dental pela criança. Exemplo: usa fio dental x vezes por semana, passa/não passa fio dental.
HIGIENE ESCOVAÇÃO	Cuidador relata escovação dos dentes pela criança. (ou higienização com gaze quando edêntula). Ex: limpeza com gaze/escova n vezes/dia, escova após café/almoço/janta, boa escovação/higiene bucal, só consegue escovar bem de manhã/tarde/noite, higiene ok, higiene com fralda, escova/não escova.
SAÚDE	Profissional classifica a saúde da criança após relato do cuidador como boa. Exemplo: saúde ok, boa saúde, está bem de saúde.
DOENÇA	Cuidador relata que a criança está com alguma doença.
ALIMENTAÇÃO BOA	Cuidador relata que a criança come determinado alimento bom (saudável). ex: papinha salgada, papa de fruta, papa amassada, frutas, suco, papa de aveia, alimentos consistetes, ou, profissional classifica a dieta oferecida à criança como boa. Exemplo: come bem, dieta ok, se alimenta bem, alimentação ok, boa alimentação.
ALIMENTAÇÃO RUIM	Cuidador relata que a criança come determinado alimento ruim (não indicado/saudável). Exemplo: Mucilon®, achocolatado, Neston®, açúcar, Farinha Láctea®, doce, café, Quick®, Nescau®, Cremogema®, Sustagem®.
AMAMENTAÇÃO NATURAL (MESES)	Cuidador relata que a criança ainda é amamentada no peito e o profissional associa à idade em meses da criança.

ANEXO 3

Tabela 2. Descrição das subcategorias da categoria **Orientações.**

Subcategoria	Descrição
ALIMENTAÇÃO INTRODUÇÃO	Profissional orienta introdução de determinado tipo de alimento da dieta da criança. Exemplo: consumir mais frutas, leite com fruta, farelo de aveia, oferecer suco/fruta depois de papa, bater frutas, água de ameixa, salsinha, iogurte, papa salgada/doce, gelatina, melhorar a consistência dos alimentos, instrução de dieta, colocar feijão na papinha, leite de vaca para aumentar a ingestão de alimentos consistentes.
ALIMENTAÇÃO RETIRADA	Profissional orienta retirada de determinado tipo de alimento da dieta da criança. Exemplo: remover/tirar Mucilon®, diminuir/remover/tirar açúcar/bala/pirulito/doces/bolacha recheada, trocar leite com Mucilon®, parar com determinado alimento antes da criança completar 12 meses de vida, remover/diminuir farinha láctea; achocolatado (Nescau®/Toddy®/engrossante; Sustagem®; trocar mel; remover café; evitar leite Ninho®.
AMAMENTAÇÃO AUMENTO	Profissional orienta cuidador a aumentar leite materno da dieta da criança.
AMAMENTAÇÃO REDUÇÃO	Profissional orienta cuidador a diminuir leite materno da dieta da criança.
AMAMENTAÇÃO RETIRADA	Profissional orienta cuidador a retirar o leite materno da dieta da criança. Exemplo: remover mamada noturna/da madrugada.
MAMADEIRA REDUÇÃO	Profissional orienta diminuição da mamadeira.
MAMADEIRA RETIRADA	Profissional orienta remoção da mamadeira. Exemplo: fazer leite mais gostoso/bom no copo, diluir leite da mamadeira, tirar/trocar/substituir mamadeira da manhã/tarde/noite/madrugada.
CHUPETA REDUÇÃO	Profissional orienta diminuição da chupeta.
CHUPETA RETIRADA	Profissional orienta remoção da chupeta. Exemplo: fazer furo.
DEDO REDUÇÃO	Profissional orienta diminuição da sucção digital.
DEDO RETIRADA	Profissional orienta remoção da sucção digital.
COPO	Profissional incentiva o uso de copo.
CAMA	Profissional orienta o cuidador a não deixar a criança dormir na cama dos pais, mas na sua própria cama/berço.
QUARTO	Profissional orienta o cuidador a colocar a criança para dormir em outro quarto.
COMPORTAMENTO	Profissional orienta métodos para acalmar a criança agitada.
HIGIENE FIO DENTAL	Profissional orienta sobre o uso do fio dental. Exemplo: passar fio dental todos os dias, usar fio dental, passar o fio dental.

HIGIENE ESCOVAÇÃO

Profissional orienta sobre a escovação dos dentes da criança (ou da higienização com gaze quando edêntulo). Exemplo: escovar mais vezes por dia, escovar melhor, escovar antes de dormir, aumentar a frequência de escovação, babá orientar a mãe durante a escovação, escovar às x horas, aumentar o número de escovações, melhorar a higiene bucal, escovar bem, higienizar com gaze x vezes ao dia, escovar após as refeições/antes de ir para escolinha, escovar melhor os dentes do fundo, escovar, demonstrar a escovação na primeira vez, limpeza com gaze, introduzir a escovação, escovação no espelho, iniciar/introdução de limpeza com gaze, começar a escovar do lado esquerdo/direito/cima/embaixo.

HORÁRIO

Profissional orienta o cuidador a colocar horários para refeições. Exemplo: oferecer jantar às x horas, colocar/estabelecer/trocar horários para as refeições (café/almoço/jantar/lanche) esperar 1 hora para dar o leite após as refeições.

ANEXO 4

Tabela 4. Descrição das subcategorias da categoria Procedimentos

Subcategoria	Descrição
LIMPEZA COM GAZE	Consiste do procedimento realizado em pacientes edêntulos ou parcialmente edêntulos, no qual é passada levemente gaze ou fralda umedecida com água no rebordo alveolar, bochechas e língua da criança, com o objetivo de limpar resíduos alimentares e acostumar a criança com a limpeza da boca após as refeições.
APLICAÇÃO DE VERNIZ FLUORETADO	Consiste da aplicação do material verniz fluoretado sobre um ou mais dentes realizada com um pincel.
RESTAURAÇÃO	Procedimento em que é realizado o preenchimento de uma cavidade já livre de cárie, limpa e preparada com o material amálgama de prata ou resina composta.
ESCOVAÇÃO	Procedimento realizado com escova de dentes e creme dental para limpeza dos dentes. Pode ser realizado pela mãe, cuidador e/ou criança.
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	Procedimento em que é aplicado o material flúor gel, sobre um ou mais dentes limpos e secos deixando-o agir por 1 minuto e sendo removido com auxílio de gaze.
TRATAMENTO ENDODÔNTICO	Procedimento em que é removida só a polpa coronária (pulpotomia) ou também a radicular (pulpectomia) de um dente com comprometimento pulpar.

REFERÊNCIAS

1. CARRASCOZA, K.C. Aleitamento materno e grupos de apoio a gestante. Tese Doutorado. Campinas. UNICAMP, 2007.
2. COSTA JUNIOR, A.L. Análise de comportamento de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia. Brasília. *Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília/DF*, 2001.
3. CREPALDI, M.A. Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté, SP: Cabral Ed Universitária, 1999.
4. FERREIRA, E.A.P. Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. *In: Crepaldi e cols (org). Temas em psicologia pediátrica. São Paulo: Casa do psicólogo*, 2006.
5. INGERSOLL, B.D. Behavior aspects in dentistry. New York: Appleton – Century-Crofts, 1982.
6. LA GRECA, A.M. Issue in adherence with pediatric regimens. *Journal of Pediatric Psychology*, 15 (4):437-458, 1990.
7. MILGROM, P.; MANCL, L.; KING, B.; WEINSTEIN, P. Oringins of childhood dental fear. *Behaviour Research and Therapy*. 33: 313-319, 1995.
8. Ministério da Saúde. Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Parte 1: Crescimento, 50p, Março de 2001.

9. MIYAZAKI, M.C.O.S. Asma na infância: pesquisa e prática clínica em psicologiapediátrica. In: Zamignani (org.). Sobre o comportamento e cognição. Santo André: ARBytes, 1997.
10. MORAES, A.B.A. Psicologia aplicada a odontologia: Circunscrevendo o campo. Santo André: ARTBytes, 1999.
11. OLIVEIRA, B.M.; VIANA, M.B.; ARRUDA, L.M.; YBARRA, M.I.; ROMANHA, A. Adesão ao tratamento na leucemia linfoblástica aguda. *Jornal de Pediatria*, 81(3), 2005.
12. SANO, P.Y.; MASOTTI, R.R.; SANTOS, A.A.C.; CORDEIRO, J.A. *Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica*. *Jornal de Pediatria*, 78(2), 2002.
13. STRAUB, R. *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: ArtMed, 2005.
14. SOUZA, D.F.R.K.; VALLE, M.A.F; PACHECO, M.C.T. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, v.11, n.6, p.81-90, nov./dez., 2006.
15. LEMOS, L.V.F.M.; BARBOSA, D.L.; RAMOS, C.J.; MYAKI, S.I. Influência do Fator Assiduidade à Consulta Odontológica na Prevalência de Cárie Dentária em Indivíduos Atendidos na Bebê Clínica da Prefeitura do Município de Jacareí, SP, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 8(2):203-207, maio/ago., 2008.
16. ASSIS, A.M.O.; GAUDENZI, E.M.; GOMES, G.; RIBEIRO, R.C.; SZARFARC, S.C.; SOUZA, S.B. Níveis de hemoglobina, aleitamento

materno e regime alimentar no primeiro ano de vida. In: *Saude Publica*, 38(4): 543-551, 2004.

17. KOWASH, M.B.; PINFIELD, A.; SMITH, J.; CURZON, M.E.J. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J*, 188(4):201-5, 2000.
18. BARCELOS, R.; SOUZA, I.P.R. Higiene bucal e saúde gengival: percepções e atitudes dos responsáveis. *Pesqui Odontol Bras*, 15(Supl.):89, 2001.
19. ELY, M.R.; THOMAZ, E.B.A.F.; LIRA, C.C.; MORAES, E.S., VALENÇA, A.M.G. Dieta, higiene oral e visita ao dentista entre crianças nordestinas. *Pesqui Odontol Bras*, 15(Supl.):87, 2001.
20. ESTEVES, G.V.; NAVARRO, R.S.; OLIVEIRA, JR, W.T.; YOUSSEF, M.N. Estudo clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada, controle da dieta e motivação para prevenção da cárie e doença periodontal. *RPG Rev Pós Grad*, 5(3):211-8, 1998.
21. FRAIZ, F.C.; WALTER, L.R.F. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental caries. *Pesq Odontol Bras*, 15(3):201-7, 2001.
22. FREIRE, M.C.M.; MELO, R.B.; SILVA, S.A. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery schoolchildren in Goiânia-GO, Brasil. *Community Dent Oral Epidemiol*, 24(5):357-61, 1996.
23. MAGALHÃES, A.C.; RIOS, D.; HONÓRIO, H.M.; CAVAZOLLA, A.S.; SILVA, S.M.B.; MACHADO, M.A.A.M. Avaliação da efetividade do

treinamento de mães para higienização bucal de seus bebês. Rev Iberoamericana Odontopediatr Odontol Bebê, 8(41):48-53, 2005.

24. PEREIRA, M.B.B.; FREIRE, M.C.M. An infant oral health programme in Goiânia-GO, Brazil: results after 3 years of establishment. Braz Oral Res, 18(1):12-7, 2004.
25. KÖHLER, B.; ANDRÉEN, I.; JONSSON, B. THE effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria *Streptococcus mutans* and lactobacilli in their children. Archs Oral Biol, 29: 879-83, 1984.
26. FUJIWARA, T.; SASADA, E.; MIMA, N.; OOSHIMA, T. Caries prevalence and salivary mutans streptococci in 0-2- year-old children of Japan. Community Dent Oral Epidemiol , 19: 151-4, 1991.
27. LI, Y.; CAUFIELD, P.W. The fidelity of initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers. J Dent Res, 74: 681-5, 1995.
28. CAUFIELD, P.W. Dental caries: a transmissible and infectious disease revisited; a position paper. Pediatr Dent, 19: 491-8, 1997.
29. AALTONEN, A.S.; TENOVUO, J. Association between mother-infant salivary contacts and caries resistance in children, a cohort study. Pediatr Dent, 16: 110-5, 1994.
30. ALALUUSUA, S. Transmission of mutans streptococci. Proc Finn Dent Soc, 87: 443-7, 1991.

31. CATALANOTTO, F.A.; SHKLAIR, I.L.; KEENE, H.J. Prevalence and localization of *Streptococcus mutans* in infants and children. *J Am Dent Assoc*, 91:606-9, 1975.
32. CAUFIELD, P.W.; GRIFFEN, A.L. Dental Caries: An infectious and transmissible disease. *Pediatr Clin North Am.*, v.47, p.1001-19, 2000.
33. MCDONALD, R.E.; AVERY, D.R.; STOOKEY, G.K. Carie dentária na criança e no adolescente. McDonald RE, Avery DR, editores. 7ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara-Koogan; p.151-77, 2001.
34. DILLEY, G.J. et al. Prolonged nursing habit: a profile of patientes and their families. *ASDC J Dent Child*, v. 47, n 2, p.102-108, Mar./Apr., 1980.
35. SCLAVOS, S. et al. Future caries development in children with nursing bottle caries. *J Pedod*, v.13, n.1, p.1-10, 1988.
36. O' SULLIVAN, D.M.O. et al. The association of early dental caries patterns with caries incidence in pre-school children. *J Publ Health Dent*, v.56, n.2, p.81-83, Spring, 1996.
37. AL-DASHTI, A.A. et al. Breast feeding, bottle feeding and dental caries in Kuwait, a country with low-fluoride levels in the water supply. *Community Dent Health*, v.12, n.1, p.42-47, Mar., 1994.
38. MOYNIHAN, P.J. et al. The national diet and nutrition survey of 1,5 to 4,5 year old children: summary of the findings of the dental survey. *Br Dent J*, v.181, n.9, p.328-332, Nov., 1996.

- 39.** FIGUEIREDO, M.C.; CRUZ, I.C.; CAUFIELD, P.W. A relação transmissibilidade da doença cárie entre mães e seus filhos adotivos. Publ. UEPG Biol. Health Sci., Ponta Grossa, 11(1):15-27, mar., 2005.
- 40.** ROSA, R.T.; GONÇALVES, R.B.; ROSA, E.A.R. Transmissibilidade de estreptococos Cariogênicos: uma atualização conceitual. Rev. de Clín. Pesq. Odontol., v.1, n.4, 27-36, abr./jun. 2005.
- 41.** CAUFIELD, P.W.; CUTTER, G.R.; DASANAYAKE, A.P. Initial acquisition of Mutans Streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. J Dent Res, v.72, n.1, p.37-45, Jan., 1993.
- 42.** Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos: relatório de um grupo de consulta. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1984.
- 43.** PENCHASZADEH, V.B.; CHRISTIANSON, A.L.; GIUGLIANI, R.; BOULYJENKOV, V.; KATZ, M. Services for the prevention and management of genetic disorders and birth defects in developing countries. Community Genet, 2:196-201, 1999.
- 44.** STOCCO, G. 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 .Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.