

Avaliação da saúde gengival em crianças que frequentaram o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês na cidade de Teresina

Evaluating gingival health of children who attended the Preventive Program for pregnant women and babies in the city of Teresina

Lúcia de Fátima Almeida de Deus MOURA¹
 Marcoeli Silva de MOURA¹
 Marina de Deus Moura de LIMA²
 Wagner Leal de MOURA¹

RESUMO

Objetivos: Avaliar a saúde gengival de crianças que participaram do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês e correlacionar os resultados obtidos com a assiduidade às consultas do programa, com hábitos de higiene bucal, escolaridade materna, renda familiar, idade da criança e número de superfícies cariadas.

Métodos: Foram selecionados 341 pacientes, divididos em dois grupos para efeitos comparativos. O grupo 1 (experimental) foi composto por 262 crianças de ambos os gêneros, nas idades de três a seis anos e que frequentaram o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês; já o grupo 2 (controle) foi constituído de 79 crianças na mesma faixa etária e que não frequentaram o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês, mas eram atendidas no Instituto de Perinatologia Social do Piauí por outros profissionais de saúde. Os exames foram realizados em consultórios odontológicos para determinação do Índice de Sangramento Gengival.

Resultados: Observou-se que 74,8% das crianças do grupo experimental e 82,3% do grupo controle apresentaram sangramento gengival em algum sítio avaliado. Valores mais baixos do Índice de Sangramento Gengival foram relacionados à maior escolaridade das mães, supervisão ou realização da escovação por adultos e aumento do número de escovações diárias. O teste do Qui Quadrado evidencia que as variáveis são dependentes ($p < 0,001$), ou seja, o Índice de Sangramento Gengival está condicionado ao número de consultas ao Programa Preventivo para Gestantes e Bebês. O coeficiente de Spearman = -0,292 comprova que, quanto maior o número de consultas ao programa, menor é o Índice de Sangramento Gengival ($p < 0,001$).

Conclusão: As crianças que apresentaram menores Índices de Sangramento Gengival foram aquelas que frequentaram com maior assiduidade as consultas de manutenção preventiva do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês.

Termos de indexação: gengivite; índice periodontal; saúde bucal; odontopediatria.

ABSTRACT

Objective: To assess the gingival health of children who attended the Preventive Program for pregnant women and babies and correlate the results obtained with the assiduousness of attending the consultations offered by the program, oral hygiene habits, mother's educational level, family income, child's age and the number of carious surfaces.

Methods: Three hundred and forty-one patients were selected, and divided into two groups for comparative purposes. Group 1 (experimental) was composed of 262 children of both sexes, between the ages of three and six, who attended the Preventive Program for pregnant women and babies; Group 2 (control) consisted of 79 children in the same age group, who did not attend the Preventive Program for pregnant women and babies, but who were attended at the Social Perinatological Institute of Piauí by other health professionals. The exams were performed in dental offices to determine the Gingival Bleeding Index.

Results: It was noted that 74.8% of the children from experimental group and 82.3% of control group presented gingival bleeding in one of the sites assessed. Lower Gingival Bleeding Index values were related to the higher educational level of the mothers, supervision or brushing by adults and increase in the number of daily brushings. The Chi-square test showed that the variables are dependent ($p < 0.001$), that is, Gingival Bleeding Index is subject to the number of consultations attended at the Preventive Program for pregnant women and babies. Spearman's Coefficient (= -0.292) proved that the higher the number of consultations attended at the program, the lower was the Gingival Bleeding Index ($p < 0.001$).

Conclusion: The children who presented the lowest gingival bleeding indexes were those who most assiduously attended the preventive maintenance consultations of the Preventive Program for pregnant women and babies.

Indexing terms: gingivitis; periodontal index; oral health; pediatric dentistry.

INTRODUÇÃO

O Programa Preventivo para Gestantes e Bebês é uma atividade de extensão da Universidade Federal do Piauí (UFPI) desenvolvida na cidade de Teresina

(PI) cujo objetivo é a sensibilização de gestantes e mães de crianças de zero a 36 meses para o controle e/ou prevenção de afecções bucais placa-induzidas, como a cárie dentária e doenças periodontais, além da prevenção ou interceptação de hábitos de sucção não-nutritivos. O programa em referência foi implantado em abril de 1997

¹ Universidade Federal do Piauí, Departamento de Patologia e Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia. R. Angélica, 1650, Fátima, 64048-161, Teresina, PI, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: LFAD MOURA (mouraiso@uol.com.br).

² Universidade de São Paulo, Departamento de Patologia, Faculdade de Odontologia. São Paulo, SP, Brasil.

e as ações são desenvolvidas por alunos de graduação, sob orientação de professores do curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí (Anexo 1)¹.

No atendimento do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês, vigora a prática da interdisciplinaridade entre as diversas áreas das ciências da saúde, possibilitada pelo espaço físico em que o programa é desenvolvido – Instituto de Perinatologia Social do Piauí, um “Hospital Amigo da Criança” (UNICEF), cuja clientela é constituída por gestantes e bebês¹.

As afecções bucais placa-induzidas, como a cárie dentária e doenças periodontais, podem ser controladas e prevenidas pelo próprio indivíduo, quando motivado e capacitado a desenvolver tais medidas. O acúmulo de biofilme sobre as estruturas dentárias é capaz de produzir uma variedade de irritantes locais que afetam o periodonto e podem também desencadear o início da doença cárie dentária².

As consultas de manutenção do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês buscam individualizar, reforçar e renovar as orientações de educação em saúde e encontram-se respaldadas pela concepção de ensino-aprendizagem pautada na memorização de informações¹. Esse fato gera autonomia em relação ao autocuidado com a saúde e uma relação mais dinâmica do indivíduo em busca de seu bem-estar. As mães frequentadoras do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês são bem informadas sobre a etiologia e os métodos de controle e prevenção de doenças bucais e adotam meios de prevenção eficientes, como adequada frequência de escovações dentárias, apesar de ainda permitirem alto índice de consumo de carboidratos fermentáveis pelas crianças³.

A presença de sangramento gengival espontâneo, manifestado durante a escovação dentária e/ou exame de sondagem gengival, representa o primeiro sinal clínico de agressões lançadas sobre o periodonto de proteção. Tais agressões, na maioria das vezes, são provocadas por higiene bucal deficiente e são denominadas gengivites placa-induzidas⁴.

Este estudo teve o propósito de avaliar a saúde gengival de crianças que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil – Programa Preventivo para Gestantes e Bebês na cidade de Teresina (PI) e correlacionar os resultados obtidos com a assiduidade das crianças às consultas de manutenção preventiva do programa, com hábitos de higiene bucal, escolaridade materna, renda familiar, idade da criança e número de superfícies cariadas.

MÉTODOS

Foram determinados dois grupos para efeitos comparativos. O grupo 1 (experimental) foi composto por crianças que frequentaram o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês e o grupo 2 (controle), por crianças que não frequentaram o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês, mas que eram atendidas por médicos e outros profissionais de saúde no Instituto de Perinatologia Social do Piauí.

Para determinação do grupo experimental, foi realizada a seleção de fichas clínicas de crianças que haviam ingressado no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês antes do irrompimento dos primeiros dentes (2 689 fichas) e que foram desligadas por terem atingido a idade limite de três anos. Por intermédio dessa seleção, foram feitos sorteios aleatórios das fichas e enviadas cartas aos responsáveis por 1 801 crianças; nessas fichas foi solicitado seu comparecimento para avaliação das condições periodontais. Retornaram para os exames 343 crianças (19%), das quais 262 encontravam-se na faixa etária de três a seis anos e com dentição decídua completa.

A determinação do grupo controle foi realizada mediante amostra de conveniência, ou seja, eram convidadas a participar do estudo crianças que aguardavam, na sala de espera do Instituto de Perinatologia Social do Piauí, por atendimento médico ou de outra especialidade em saúde. Foram selecionadas 79 crianças (53 do gênero feminino e 26 do gênero masculino).

As crianças que se encontravam na fase de dentição mista ou em processo de esfoliação dentária foram excluídas da amostra, em virtude de tais circunstâncias desencadarem alterações gengivais morfológicas³.

Os responsáveis pelas crianças responderam a questionários contendo indagações acerca dos temas abordados durante as consultas do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês, bem como, sobre as práticas em saúde bucal desenvolvidas no âmbito familiar. A estrutura dos questionários foi elaborada com base em pesquisa na literatura e adaptada aos objetivos do estudo. Foram realizados pré-testes dos questionários com 26 mães (10% da amostra), com a finalidade de proceder aos ajustes necessários para uma melhor compreensão do tema abordado e validação dos dados.

As informações foram coletadas nos meses de dezembro de 2003, janeiro, fevereiro e julho de 2004.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (parecer 004/2003), o estudo teve início. Os responsáveis legais pelas crianças assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

Exame dos pacientes

Os pacientes foram avaliados por uma única examinadora, auxiliada por uma anotadora, em consultório odontológico convencional, sob iluminação direta de refletor e com auxílio de sonda periodontal específica para determinação do Índice Periodontal Comunitário. A examinadora desconhecia o número de vezes que as crianças haviam frequentado o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês. A gengiva de todos os dentes foi ligeiramente seca com leves jatos de ar e a sonda periodontal percorreu a margem gengival a uma profundidade média de 1 mm. O exame foi iniciado sempre no dente 55, continuando uma sequência até o dente 85. A sondagem foi realizada nas superfícies vestibular e lingual de todos os dentes decíduos em três pontos distintos: central, mesial e distal de ambas as superfícies, totalizando 40 920 pontos examinados.

A sonda periodontal foi posicionada com inclinação de 60° em relação ao longo eixo do dente, com o objetivo de evitar sangramento gengival traumático⁵.

A presença ou ausência de sangramento gengival foi avaliada imediatamente após o exame de cada hemiarcada e o dente foi considerado como unidade de medida. Os escores utilizados para determinação da presença de sangramento foram: 0 - ausência de sangramento gengival; 1- presença de unidade gengival sangrante.

De acordo com o número de pontos gengivais sangrantes presentes (Índice de Sangramento Gengival – ISG), as crianças foram categorizadas em: ISG = 0 (quando não apresentavam sangramento gengival); ISG leve (quando apresentavam de um a quatro pontos sangrantes); ISG moderado (quando apresentavam de cinco a nove pontos de sangramento) e ISG severo (a partir de dez pontos sangrantes).

Análise estatística

Para determinar a influência que as informações ministradas no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês exerceram sobre a saúde gengival das crianças, foram realizados testes de cruzamento entre o número de consultas e os valores do Índice de Sangramento Gengival. Foi aplicado o teste Qui Quadrado (χ^2) de homogeneidade, com alfa igual a 5,0% (grau de significância). Assim, se o valor de p for menor que 0,05, a hipótese nula não é aceita (rejeitada) e se o valor de p for maior que 0,05, a hipótese nula é aceita.

Para alguns testes em que foi aceita a hipótese de dependência, utilizou-se o Coeficiente de Contingência de Pearson, que determina o grau de associação entre as variáveis cruzadas. O coeficiente em referência varia em uma escala de zero a 1,0, sendo que zero significa ausência de associação e 1,0 significa associação total. O teste de Duncan foi aplicado na análise de variância, visando comparar contrastes entre duas médias.

Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e foram utilizados os seguintes *softwares* estatísticos para geração dos resultados: SAS versão 8 e SPSS versão 11.5, além do *Excel*.

RESULTADOS

Comparando-se as médias do Índice de Sangramento Gengival para cada grupo de consultas, pelo teste de Duncan com 5,0% de confiança, pode-se observar que não há diferença significativa de sangramentos gengivais entre as crianças do grupo controle e as crianças que frequentaram uma, duas ou três consultas no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês. A média de Índice de Sangramento Gengival das crianças que frequentaram quatro ou cinco consultas no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês difere da média daquelas que foram menos assíduas. Já a média de Índice de Sangramento Gengival das crianças que frequentaram seis ou mais consultas no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês difere tanto da média das crianças que frequentaram até três consultas quanto da média das crianças que foram a quatro ou cinco consultas.

O teste do Qui Quadrado evidencia que as variáveis são dependentes ($p < 0,001$), ou seja, o Índice de Sangramento Gengival depende do número de consultas ao Programa Preventivo para Gestantes e Bebês. O coeficiente de Spearman = -0,292 comprova que, quanto maior o número de consultas ao programa, menor é o Índice de Sangramento Gengival ($p < 0,001$).

O coeficiente de Spearman = 0,168 ($p = 0,002$) evidencia que, quanto maior a idade da criança, maior será o Índice de Sangramento Gengival.

O coeficiente de Spearman (-0,152) evidencia que quanto maior o número de escovações dentárias diárias, menor o Índice de Sangramento Gengival ($p = 0,005$).

Comparando-se as médias de cada tipo de supervisão e escovação pelo teste de Duncan com 5,0% de confiança, pode-se afirmar que não há diferença significativa de Índice de Sangramento Gengival quando a escovação é feita pela criança acompanhada de um adulto ou apenas pelo adulto. Já quando a escovação é feita pela criança sozinha, há um aumento do número de pontos gengivais sangrantes. A análise de variância indicou que pelo menos uma das médias difere das demais ($p = 0,011$).

O coeficiente de Spearman = 0,272 demonstra que quanto maior o número de superfícies dentárias cariadas, maior será o Índice de Sangramento Gengival ($p < 0,001$).

O coeficiente de Spearman (-0,152) evidencia que quanto maior a escolaridade da mãe, menor será o Índice de Sangramento Gengival ($p = 0,005$). O Índice de Sangramento Gengival não depende da renda familiar ($p = 0,143$).

Tabela 1. Frequência de crianças ao Programa Preventivo para Gestantes e Bebês e valores do Índice de Sangramento Gengival (ISG). UFPI, 2008.

Nº de consultas ao Programa Preventivo para Gestantes e Bebês	ISG = 0		ISG leve		ISG moderado		ISG severo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	14	17,5	40	27,6	24	22,7	4	40
2 a 3	14	17,5	28	19,3	35	33	2	20
4 a 5	11	13,7	18	12,4	8	7,5	0	0
χ^2	27	33,8	34	23,4	3	2,8	0	0
Controle	14	17,5	25	17,3	36	34	4	40
Total	80	100	144	100	106	100	10	100

Tabela 2. Índice de Sangramento Gengival (ISG) segundo a idade. UFPI, 2008.

Idade (anos)	Média ISG		ISG = 0		ISG leve		ISG moderado		ISG severo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3	2,87	35	28	63	50	28	22	1	0,8	
4	3,68	24	20	50	42	41	34,7	3	2,5	
5	4,3	17	21	28	35	31	38,8	4	5	
6	4,31	4	25	4	25	6	37,5	2	13	
Total	3,79	80	24	145	43	106	31,1	10	2,9	

Tabela 3. Índice de Sangramento Gengival (ISG), Número e Supervisão de escovações dentárias diárias das crianças do grupo experimental. UFPI, 2008.

	Número de escovações diárias			Supervisão da escovação					
	1	2	χ^2	Criança	Adulto e criança	Adulto			
ISG	N	%	%	N	N	%	N	%	%
Zero	18	23	45	26	7	8,8	43	53,8	37,5
Leve	25	17	45	55	13	8,9	61	42,1	49
Médio	37	35	38	29	26	24,6	38	35,8	39,6
Alto	3	30	50	2	3	30	5	50	20
Total	83	24	43	112	49	14,3	147	43,1	42,5

Tabela 4. Índice de Sangramento Gengival (ISG) e número de superfícies cariadas. UFPI, 2008.

Nº superfícies cariadas	ISG = 0		ISG leve		ISG moderado		ISG severo		Total	
	N	%	%	N	N	%	N	%	N	%
0	57	71	57,2	43	0	0	183	53,7		
1 a 4	15	19	21,4	34	4	40	84	24,6		
5 a 8	3	3,8	10,3	15	3	30	36	10,6		
9 a 12	3	3,8	4,8	5	2	20	16	4,7		
> 13	2	2,5	6,2	9	1	10	22	6,5		
Total	80	100	100	106	10	100	341	100		

Tabela 5. Índice de Sangramento Gengival (ISG), Escolaridade das mães e Renda Familiar. UFPI, 2008.

	Escolaridade da Mãe (anos de estudo formal)			Renda Familiar (salários mínimos)									
	χ^2	04/jul	08/nov	Universitária	Até 1	2	3	≥4					
ISG	N	%	%	N	N	%	N	%	N	%	N	%	
0	17	21,3	35	31	4	5	9	11,3	18	22,5	26	27	33,7
1 a 4	27	18,6	35,9	57	9	6,2	13	9	40	27,6	51	41	28,3
5 a 9	30	28,3	39,6	32	2	1,9	20	18,9	27	25,5	31	28	26,4
≥10	6	60	40	0	0	0	4	40	2	20	3	1	10

DISCUSSÃO

A gengiva da criança durante a fase de dentição decídua apresenta coloração mais vermelha que no adulto, tonalidade esta provocada por vascularização abundante. O sulco gengival tem profundidade média de 1 mm, podendo variar de 1,14 a 2,24 mm nas idades de quatro a seis anos. O contorno da margem gengival é mais arredondado e posiciona-se coronariamente e o epitélio juncional é mais espesso do que na dentição permanente, fato que influencia na permeabilidade das estruturas epiteliais às toxinas bacterianas⁶⁻¹⁰. A observação de sangramento gengival durante o exame clínico pode ser considerada um exame complementar no controle de lesões cariosas e, em especial, daquelas localizadas nas superfícies interproximais, eis que o número de pontos gengivais orienta o clínico com relação ao controle do biofilme dental, agente etiológico das doenças periodontais e cárie dentária¹¹.

Pela análise da Tabela 1, observa-se que as crianças que se mantiveram assíduas às consultas de manutenção preventiva do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês apresentaram menos pontos gengivais sangrantes que aquelas que não frequentaram ou o fizeram sem a regularidade sugerida. Tal fato confirma que os conhecimentos transmitidos aos responsáveis foram assimilados, tendo em vista que, nas referidas consultas, são repassadas orientações sobre a patogenia do biofilme dental e a importância da sua desorganização em intervalos diários regulares, prática concretizada por meio da higiene bucal. As crianças que só frequentaram o Programa Preventivo para Gestantes e Bebês uma vez ou pertenciam ao grupo controle apresentaram a saúde gengival semelhante, constatação que pode ser justificada pelas limitadas informações que são repassadas

às mães no momento da primeira consulta, uma vez que, na ausência de dentes, as orientações são direcionadas para o estímulo ao aleitamento materno, não introdução de hábitos de sucção não nutritivos e limpeza da cavidade bucal com uma fralda úmida. O retorno subsequente é marcado quando for constatado o irrompimento dos primeiros dentes.

As mães de crianças atendidas no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês são treinadas a executar a higiene bucal de seus filhos e motivadas a desenvolver o ato nos horários em que é realizada a higiene corporal, favorecendo, dessa forma, uma maior interação entre a limpeza da cavidade bucal e aquela realizada no restante do corpo. Essa associação facilita também a introdução de um novo hábito a outro já incorporado e a criança passa a aceitar a escovação com mais naturalidade quando a execução começa a ser feita precocemente, sendo mais fácil construir um hábito do que modificar outro já assimilado.

É por intermédio de conhecimentos apreendidos no curso do processo educativo que as famílias podem confrontar as ações que vêm praticando ao longo dos anos com os novos conhecimentos obtidos por meio de diálogos com equipes de saúde. Com isso, novos conceitos passam a ser assimilados e utilizados nas práticas diárias e, somados a outros precedentes, vão, aos poucos, modificando as ações e os pensamentos, de modo a imprimir transformações benéficas e gradativas na realidade.

Estudo epidemiológico demonstrou que as boas condições periodontais de uma população estão diretamente relacionadas ao melhor nível de educação em saúde, isto é, ao grau de conhecimentos, atitudes e condutas adotadas. Toassi & Petry¹² demonstraram que a motivação direta é a maneira mais eficiente de modificar o comportamento de pacientes e levá-los a exercer um controle satisfatório do biofilme dental.

Na amostra avaliada, observou-se que 76,6% das crianças apresentaram sangramento gengival em algum ponto analisado e a situação sofreu agravamento com o aumento da idade (Tabela 2). Sítios gengivais que apresentam sangramento após a sondagem contêm aumento significativo de células mononucleares e maior área de tecido conjuntivo gengival inflamado⁵. Na gengivite placa-induzida, a inflamação tem início ao nível da margem gengival e pode alcançar áreas de gengiva inserida, à medida que a inflamação progride. As alterações clínicas mais frequentes são a vermelhidão da área envolvida, hipertrofia e sangramento gengival⁴.

Correlacionando-se o número de escovações dentárias diárias à forma como o processo é supervisionado, concluiu-se que quando as crianças executam a prática com maior frequência e esta é executada ou supervisionada por pessoas adultas, o número de pontos gengivais sangrantes

torna-se menor (Tabela 3). A remoção do biofilme dental é um exercício que requer habilidade e motivação e, quando a prática é realizada em crianças, o nível de dificuldade é sensivelmente incrementado. No Programa Preventivo para Gestantes e Bebês, o processo adotado para a execução da escovação é aquele que melhor se adapta à idade e cooperação da criança. Em geral, opta-se pela técnica de escovação em que se realizam movimentos circulares e rápidos, abrangendo maior quantidade de superfícies dentárias. Nas crianças menores de dois anos, orienta-se que o procedimento seja realizado na posição “joelho-a-joelho” ou com a criança deitada sobre uma superfície plana e, naquelas maiores de três anos, a criança deve ficar em pé e de costas, com a cabeça recostada sobre o corpo do responsável, já que essa posição estabiliza a cabeça, facilita a abertura e propicia melhor visualização da cavidade bucal.

A remoção do biofilme dental está mais relacionada com a utilização de uma técnica adequada do que com a frequência da escovação, do que se extrai a importância de um treinamento efetivo dos adultos que desenvolvem as manobras de higiene bucal nas crianças¹²⁻¹³. Neste campo, a intervenção motora apresenta-se como uma estratégia mais eficiente na melhora da higiene bucal do que as orientações educacionais meramente teóricas.

Loe et al.¹⁴ demonstraram a existência de uma estreita relação entre a presença de biofilme dental e inflamação gengival, no entanto, afirmaram que o fato só se torna evidente quando a remoção do biofilme dental, por meio da higiene bucal, for suspensa ou negligenciada por um tempo superior a 21 dias.

Apesar de a microbiota da gengivite, em crianças, não ter sido completamente caracterizada, estudo experimental tem relatado a presença de níveis elevados de *Actinomyces sp.*, *Capnocytophaga sp.*, *Leptotrichia sp.*, e *Selenomonas sp.*, em gengivites experimentais de crianças, quando comparados com gengivites em adultos¹⁵.

Houve uma associação significativa entre o número de superfícies dentárias cariadas e o Índice de Sangramento Gengival, ocorrência que pode ser atribuída ao aumento do número de sítios retentivos de biofilme dental, agente etiológico comum para as doenças periodontais e cárie dentária (Tabela 4). Esse fato também pode ser atribuído à elevação da sensibilidade apresentada pelas lesões cáries abertas que, ao toque da escova, desencadeiam a sensação de dor. Outra questão relevante e que também pode levar à negligência na remoção do biofilme dental está relacionada à baixa autoestima que geralmente acompanha as pessoas portadoras de múltiplas lesões cáries¹.

Os resultados apresentados neste estudo (Tabela 5) são corroborados pela literatura pertinente que tem demonstrado que as boas condições periodontais de uma comunidade estão diretamente relacionadas ao melhor nível de educação em saúde bucal, isto é, ao grau de conhecimentos, atitudes e condutas adotadas em função da saúde bucal¹⁶⁻¹⁸.

CONCLUSÃO

As consultas de manutenção preventiva no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês foram essenciais para a conscientização das famílias no que diz respeito ao controle do biofilme dental e consequente saúde gengival. Concluiu-se que quanto maior a idade da criança, mais alto foi o Índice de Sangramento

Gengival, quanto maior o número de escovações diárias e quando a execução foi feita por adultos, mais baixos foram os valores do Índice de Sangramento Gengival e quanto maior o nível de escolaridade materna, mais baixo foi o Índice de Sangramento Gengival.

Colaboradores

LFAD MOURA participou da concepção, delineamento, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. MS MOURA e MDM LIMA participaram da coleta de dados e redação do artigo. WL MOURA participou da redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Dental caries in children that participated in a Dental Program Providing Mother and Child Care. *J Applied Sci.* 2006; 14(1): 53-60.
- Ribeiro AA, Portela M, Souza IP. Relação entre biofilme, atividade de cárie e gengivite em crianças HIV+. *Pesqui Odontol Bras.* 2002; 16(2): 144-50.
- Toledo AO, Toledo BEC. Doença periodontal na criança. In: Toledo AO. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica.* São Paulo: Ed. Premier; 2005. p. 89.
- Moura LFAD, Moura MS, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(4): 1079-86.
- Van der Weijden GA, Timmerman MF, Nijboer A, Reijerse E, Van der Velden U. Comparison of different approaches to assess bleeding on probing as indicators of gingivitis. *J Clin Periodontol.* 1994; 21(9): 589-94.
- Bimstein E, Soskolne WA, Lustmann J. Histomorphologic changes in the gingiva and pulp of overretained primary teeth. *ASDC J Dent Child.* 2000; 67(6): 403-7.
- Carvalho RB, Rocha MJC, Vieira RS. Análise estrutural da junção amelo-cementária dos dentes decíduos em microscopia eletrônica de varredura. *J Bras Clín & Estética Odontol.* 2000; 4(21): 46-51.
- Duarte DA. Estágio atual da doença periodontal em crianças. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1999; 53(5): 415-6.
- Gomes Filho IS, Miranda DAO, Trindade SC, Oliveira CS. Avaliação da profundidade de sondagem de sulco em dentes decíduos. *Rev Period.* 1999; 8(1): 59-63.
- Maragakis GM, Polychronopoulou A, Papagiannoulis L. Association of cemento-enamel-junction-alveolar bone crest distance and proximal caries in primary molars. *J Clin Pediatr Dent.* 1998; 23(1): 45-50.
- Araújo FB, Mariath AAS, Bressani AEL, Casagrande L, Wienandts P. Tratamento de lesões cariosas em tecidos decíduos. In: Toledo AO. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica.* São Paulo: Editorial Premier; 2005. p. 89.
- Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(5): 634-7.
- Stewart JE, Jacobs-Schoen M, Padilla MR, Maeder LA, Wolfe GR, Hartz GW. The effect of a cognitive behavioral intervention on oral hygiene. *J Clin Periodontol.* 1991; 18(3): 219-2.
- Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol.* 1965; 36: 177-87.
- Califano JV. Periodontal diseases of children and adolescents. *J Periodontol.* 2003; 74(11): 1696-704.
- Selikowitz HS, Gjerme P. Periodontal conditions, remaining teeth and oral hygiene habits in a group of Vietnamese refugees in Norway. *J Clin Periodontol.* 1985; 12(1): 42-50.
- Ismail AI, Burt BA, Brunelle JA, Szpunar SM. Dental caries and periodontal disease among mexican-american children from five southwestern states, 1982-1983. *MMWR CDC Surveill Summ.* 1988; 37(3): 33-45.
- Kay EJ, Locker D. Is dental education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24(4): 231-5.

Recebido em: 25/9/2007

Versão final reapresentada em: 27/1/2008

Aprovado em: 15/3/2008

Anexo 1. Protocolo de Atendimento de crianças no Programa Preventivo para Gestantes e Bebês. UFPI, 2008

Palestras Educativas - orientações às gestantes
<ul style="list-style-type: none"> • Sobre os cuidados que devem ter com relação à prevenção de afecções bucais prevalentes, bem como sobre a transmissibilidade da doença cárie dentária; • Importância do pré-natal odontológico – adequação do meio bucal durante a gravidez; • Importância do aleitamento materno sobre o potencial maléfico dos hábitos de sucção não nutritivos.
Atendimento Clínico Inicial da Criança – antes do irrompimento dos primeiros dentes
<p>Exame da Criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da cavidade bucal; • Orientações sobre higiene bucal: fralda umedecida em água filtrada. O horário deve coincidir com o da higiene corporal; • Importância da amamentação natural; • Orientações sobre os transtornos potenciais que podem causar os hábitos de sucção não nutritivos; • Orientações sobre o processo de irrompimento dos primeiros dentes.
Atendimentos de Manutenção Preventiva – após o irrompimento dos primeiros dentes
<p>Dentes Anteriores Irrompidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre dieta (uso racional de açúcar) e hábitos bucais de sucção deletérios; • Orientações sobre a importância do controle do aleitamento noturno; • A higiene bucal deve ser realizada utilizando-se um pedaço de fralda ou gaze, acrescida de pequena quantidade de creme dental fluoretado; • Aplicação tópica de flúor gel neutro; • Manutenção preventiva trimestral. <p>Molares Irrompidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre dieta (uso racional de açúcar) e hábitos bucais de sucção deletérios; • Início da escovação dentária. Utilização de escova infantil e pequena quantidade de creme dental fluoretado; • Aplicação tópica de flúor gel neutro; • Manutenção preventiva trimestral.
Crianças que apresentam lesões de manchas brancas ativas
<ul style="list-style-type: none"> • Retornar durante quatro semanas consecutivas para motivação da família sobre escovação dental e dieta; • Aplicação tópica de flúor em gel neutro; • Manutenção preventiva trimestral.
Crianças que apresentam lesões cariosas cavitadas, que foram vitimadas por traumatismos dentários ou que atingiram a idade-limite de três anos.
<ul style="list-style-type: none"> • São encaminhadas para atendimentos na clínica infantil da UFPI.