



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA - UNILAB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ICS
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM – MAENF**

N'GHALNA DA SILVA

**CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM
CONSULTA DE PUERICULTURA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: DA
CARACTERIZAÇÃO À ASSOCIAÇÃO ENTRE OS FATORES EXTRÍNSECOS**

REDENÇÃO – CE

2021

N'GHALNA DA SILVA

**CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM
CONSULTA DE PUERICULTURA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: DA
CARACTERIZAÇÃO À ASSOCIAÇÃO ENTRE OS FATORES EXTRÍNSECOS**

Dissertação apresentada à coordenação do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional de Lusofonia Afro-Brasileira para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Práticas do Cuidado em Saúde no Cenário dos Países Lusófonos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Caroline Rocha de Melo Leite

REDENÇÃO - CE

2021

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Silva, N'ghalna da.

S586c

Crescimento e desenvolvimento de crianças atendidas em consulta de puericultura em unidades básicas de saúde: da caracterização à associação entre os fatores extrínsecos / N'ghalna da Silva. - Redenção, 2022.
118f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2022.

Orientadora: Prof.ª Dra. Ana Caroline Rocha de Melo Leite.

1. Crescimento e desenvolvimento. 2. Criança. 3. Saúde bucal. 4. Alimentos, dieta e nutrição. 5. Gravidez. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 618.92

**CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM
CONSULTA DE PUERICULTURA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: DA
CARACTERIZAÇÃO À ASSOCIAÇÃO ENTRE OS FATORES EXTRÍNSECOS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Enfermagem (MAENF) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 20/12/2021

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Ana Caroline Rocha de Melo Leite
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Presidente

Prof^a. Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Examinadora Interna

Prof^a. Dra. Erika Helena Salles de Brito
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Examinadora Externa ao Programa

Prof^a. Dra. Míria Conceição Lavinias Santos
Enfermeira. Pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Examinadora Externa à Instituição

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, sabedoria e graça a mim concedida para realizar esse sonho. O seu nome sempre será louvado!

Aos meus pais, Paulino da Silva e Sucete Demba Nhangá, que sabiamente me guiaram no caminho do bem, pelo incentivo e apoio que me deram nesse desafio. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Emerson da Silva, Asprila da Silva, Marieta da Silva e Edilson da Silva, que me deram forças para continuar lutando. Vocês são merecedores dessa conquista!

Aos meus familiares, minhas tias Marieta da Silva, Sergio da Silva e Elsa da Silva. Aos meus primos Iequine, Zico e Judite, pela preocupação e por terem sempre me acompanhado e apoiado nesse processo. Meu muito obrigado.

A meu amor, Carolina Rosa Martins Mendes Tavares, pelo cuidado, parceria e compreensão. Obrigado pelo apoio, principalmente nos momentos mais difíceis. Amo você!

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Caroline Rocha de Melo Leite, agradeço imensamente pela paciência, compreensão, carinho, dedicação, compaixão, preocupação com o meu bem-estar, pelas orientações, enfim, a professora Carol é a melhor orientadora que alguém poderia ter, e fico muito grato, por ser esta pessoa tão especial e por fazer com que o mestrado fosse leve e prazeroso. A senhora é exemplo de profissional para mim. Gratidão!

Agradeço meu grande amigo e irmão, doutorando Davide Carlos Joaquim, por toda a sua preocupação comigo, dedicação, incentivo e ajuda que sempre tem me dado para que eu pudesse realizar meus sonhos. Serei sempre muito grato a você por tudo!

Aos membros do grupo de pesquisa, agradeço por toda a ajuda durante o mestrado, principalmente, pelos momentos de discussões e aprendizados proporcionados nesse processo. Agradeço também de forma particular, aos alunos que frequentam as Unidades Básicas de Saúde comigo, tornando a coleta de dados possível (Wilner e Elvira). Muito obrigado!

Agradeço ainda de forma especial a minha colega de mestrado, Maria do Socorro Távora de Aquino, por ter ajudado e esclarecido muitas dúvidas sobre aplicação e interpretação de Teste de Denver II. Sem você, não teríamos conseguido. Gratidão!

À Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, que desde 2014 vem contribuindo para minha formação profissional e humana. Obrigado!

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e todos os professores, pelo conhecimento transmitido ao longo desses dois anos. O meu muito obrigado!

Ao Projeto CONSAN-CPLP, por ter sido contemplado com a bolsa de estudo para permanecer no curso e desenvolver este estudo. Obrigado!

RESUMO

O crescimento e o desenvolvimento infantil são fenômenos amplos, contínuos, dinâmicos e de difícil mensuração, promovidos pela atuação de fatores intrínsecos e extrínsecos, representados, dentre outros, pela alimentação, saúde e cuidados gerais com a criança. A pesquisa objetivou caracterizar e associar diferentes fatores extrínsecos relacionados ao crescimento e ao desenvolvimento de crianças atendidas em consulta de puericultura em unidades básicas de saúde de um município cearense. Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e de abordagem quantitativa, realizado no período de fevereiro a julho de 2021, no Centro de Saúde de Acarape e no Posto de Saúde São Benedito (Acarape – CE). Após consentimento, foi aplicado um questionário às mães, abordando desde os aspectos socioeconômicos aos hábitos alimentares e de higiene oral das crianças. Em seguida, foram avaliados o crescimento e o desenvolvimento infantil. Os dados foram organizados e analisados, empregando-se os Testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. Admitiu-se $P < 0,05$. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unilab, conforme parecer nº 3.399.050. Das 70 mães, 90,00% tinham renda de até um salário mínimo, 65,71% foram submetidas ao parto cesárea e 97,14% tinham amamentado ou estavam amamentando. Das 70 crianças, 81,43% nasceram a termo, 94,29% eram acompanhadas pelo serviço de saúde, 32,00% consumiam bolacha doce/recheada e 42,86% bebiam suco de frutas com açúcar. A maioria tinha baixa estatura e peso adequado para a idade. Dos infantes, 91,43%, 87,14%, 97,14% e 97,14% tinham padrões orgânicos normais, para os domínios psicossocial, de linguagem e motor fino e grosso, respectivamente. Dos participantes, 87,14% tinham seus dentes/gengiva higienizados por seus pais, com escova dental e fralda embebida em água. Observou-se associação entre a mãe ter realizado mais de 6 consultas de pré-natal e o filho apresentar relação IMC/Idade inadequada ($p = 0,0127$) e entre a criança consumir bolacha doce/recheada e apresentar relação IMC/Idade inadequada ($p = 0,0392$), bem como a mãe ter escolaridade superior ao ensino fundamental incompleto e higienizar os dentes/gengiva do filho com escova dental e dentifrício ($p = 0,0305$). Conclui-se que, apesar do reduzido grau de escolaridade, do exercício de atividade profissional não remunerada e da limitada renda familiar, as mães eram conscientes quanto ao planejamento da gravidez, da idade adequada para a concepção, da importância do pré-natal e dos riscos do consumo de bebida alcoólica e do hábito de fumar no período gestacional. Sobre as associações, observou-se uma diferença entre o número de consultas de pré-natal, a ingestão de sobremesa e o IMC/Idade do infante, bem como entre a concepção, o tipo de parto e a

Estatura/Idade. Verificou-se uma diferença entre a ingestão de bebida alcóolica pela gestante, a concepção e o Peso/Idade do infante, assim como entre o tipo de parto e o Peso/Idade. Identificou-se uma diferença entre a ingestão de bolacha doce/recheada e o IMC/Idade do infante, bem como entre a ingestão de bolacha doce/recheada, de sobremesa e de leite e suco de fruta com açúcar e os meios de higiene oral.

Palavra-chave: Crescimento e desenvolvimento; Criança; Saúde bucal; Alimentos, dieta e nutrição; Gravidez.

ABSTRACT

Child growth and development are broad, continuous, dynamic, and challenging to measure phenomena, promoted by the action of intrinsic and extrinsic factors, represented, among others, by food, health, and general care for the child. The research aimed to characterize and associate different extrinsic factors related to the growth and development of children assisted in childcare consultations in primary health units in a city in Ceará. This is an analytical, cross-sectional, observational study, with a mixed how much, carried out from February to July 2021, at the Acarapé Health Center and the São Benedito Health Center (Acarape - CE). After consenting, a questionnaire was applied to the mothers, covering everything from socioeconomic aspects to the children's eating habits and oral hygiene. Then, child growth and development were evaluated. Data were organized and analyzed using Pearson's Chi-square and Fisher's exact tests. $P < 0.05$ was assumed. This study was approved by the Unilab Research Ethics Committee, as seems number 3.399.050. Of the 70 mothers, 90.00% had an income of up to one minimum wage, 65.71% underwent cesarean delivery, and 97.14% had breastfed or were breastfeeding. Of the 70 children, 81.43% were born at term, 94.29% were accompanied by the health service, 32.00% consumed sweet/stuffed biscuits, and 42.86% drank fruit juice with sugar. Most were of short stature and adequate weight for their age. Of the infants, 91.43%, 87.14%, 97.14%, and 97.14% had normal organic patterns, for the psychosocial, language, and fine and gross motor domains, respectively. Of the participants, 87.14% had their teeth/gums cleaned by their parents, with a toothbrush and a diaper soaked in water. An association was observed between the mother having attended more than six prenatal consultations and the child presenting an inadequate BMI/Age ratio ($p = 0.0127$) and between the child consuming sweet/stuffed biscuits and showing an inadequate BMI/Age ratio ($p = 0.0392$), as well as the mother having higher education than elementary school and cleaning the child's teeth/gums with a toothbrush and toothpaste ($p = 0.0305$). It is concluded that, despite the low level of education, the exercise of unpaid professional activity and the limited family income, the mothers were aware of the pregnancy planning, the appropriate age for conception, the importance of prenatal care and risks of alcohol consumption and smoking during pregnancy. Regarding the associations, a difference was observed between the number of prenatal visits, dessert ingestion and the infant's BMI/Age, as well as between conception, type of delivery and Height/Age. There was a difference between the consumption of alcoholic beverages by the pregnant woman, conception, and the infant's Weight/Age, as well as between the type of delivery and the Weight/Age. There was a difference between the

intake of sweet/stuffed biscuits and the infant's BMI/Age and between the ingestion of sweet/stuffed biscuits, dessert, and milk and fruit juice with sugar and oral hygiene.

Keywords: Growth and development; Child; Oral health; Food, diet, and nutrition; Pregnancy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Escore z para o índice de estatura-para-idade para crianças com idade inferior a 5 anos.....	35
Quadro 2	Escore z para o índice de peso-para-idade para crianças com idade inferior a 5 anos.....	35
Quadro 3	Escore z para o índice de peso-para-estatura para crianças com idade inferior a 5 anos.....	36
Quadro 4	Escore z para o índice de IMC-para-idade para crianças com idade inferior a 5 anos.....	36

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 -** Características socioeconômicas de mães de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 41
- Tabela 2 -** Aspectos relacionados ao período gestacional, amamentação e histórico familiar de óbito infantil de mães de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 43
- Tabela 3 -** Características biológicas, acompanhamento pelo serviço de saúde e busca por atendimento odontológico de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 44
- Tabela 4 -** Consumo de alimentos cariogênicos pelas crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 46
- Tabela 5 -** Classificação do estado nutricional de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito, de acordo com os índices antropométricos recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 47
- Tabela 6 -** Hábitos de higiene oral de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 48
- Tabela 7 -** Avaliação do desenvolvimento psicossocial e de linguagem de

crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 50

Tabela 8 - Avaliação do desenvolvimento físico (motor fino e motor grosso) de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 51

Tabela 9 - Associação entre as variáveis relacionadas à gestação e o crescimento das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 52

Tabela 10 - Associação entre os hábitos alimentares e o crescimento das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 54

Tabela 11 - Associação entre as condições socioeconômicas, o acompanhamento pelo serviço de saúde e os hábitos de higiene oral das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 56

Tabela 12 - Associação entre os hábitos alimentares e os de higiene oral das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021..... 57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IMC	Índice de Massa Corporal
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
OMS	Organização Mundial da Saúde
AD	Adequada
AMFG	Água Morna, Fralda e Gaze
EDD	Escova Dental e Dentifrício
IN	Inadequada
ONU	Organização das Nações Unidas
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTDD-II	Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNILAB	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

SUMÁRIO

1 Introdução.....	16
2 Objetivos.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 Referencial teórico.....	22
3.1 Crescimento e desenvolvimento infantil: dos conceitos aos fatores de risco e desafios de sua avaliação.....	22
3.2 Alimentação como fator de risco para o crescimento e o desenvolvimento infantil.....	25
3.3 Doenças orais: do consumo de alimentos açucarados à interferência no crescimento infantil	28
4 Método.....	33
4.1 Tipo de estudo.....	33
4.2 Local e período do estudo	33
4.3 População e tamanho da amostra.....	33
4.4 Critérios de inclusão.....	33
4.5 Critérios de exclusão.....	33
4.6 Coleta de dados.....	34
4.7 Análise de dados.....	38
4.8 Risco e benefícios.....	39
4.9 Aspectos éticos.....	39

5 Resultados.....	41
6 Discussão.....	60
7 Conclusão.....	78
8 Referências.....	80
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
Apêndice B – Termo de Assentimento de Menor.....	103
Apêndice C – Aspectos Sociodemográficos e Econômicos, dados Gestacionais e Hábitos Alimentares e de Higiene Bucal.....	106
Anexo A - Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II.....	111
Anexo B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	112

1. INTRODUÇÃO

Considerado como a principal via de cuidado na atenção integral à saúde da criança (GAÍVA et al., 2018), o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil possibilita detectar alterações orgânicas capazes de desencadear morbidades e mortalidade do infante. Contudo, a partir dessa monitorização, estratégias de prevenção e de promoção da saúde podem ser instituídas no sentido de evitar ou amenizar esses quadros (SOUZA et al., 2019; VIEIRA et al., 2019).

Em termos conceituais, o crescimento é um processo dinâmico e constante, iniciado na concepção, e constatado pelo aumento físico do corpo como todo ou em suas partes. Sua quantificação pode ser realizada principalmente pela medida do peso e da altura, sendo o primeiro mais fácil de ser obtido e o segundo mais seguro (ARAUJO et al., 2021; AMARAL et al., 2020). Quanto ao desenvolvimento, esse representa uma alteração complexa, flexível e contínua de diferentes e interligadas habilidades, como a física, a cognitiva e a psicossocial (ARAUJO et al., 2021), experienciada pelo indivíduo. Diferentemente do crescimento, sua avaliação não pode ser realizada com um mesmo indicador com o decorrer da vida, requerendo a observação das funções cognitivas, neurológicas, afetivas e sociais (PEDRAZA; QUEIROZ, 2011).

No contexto da vigilância, ao se admitir que o crescimento e o desenvolvimento resultam do potencial geneticamente programado do ser humano, estabelece-os como parâmetros sensíveis do processo saúde-doença, tanto no contexto individual (clínico) quanto coletivo (epidemiológico) (CAMINHA et al., 2017). Atribui-se a eles ainda o papel de importantes indicadores da qualidade de vida e da saúde infantil.

Além do envolvimento de fatores biológicos, incluindo o genético, o crescimento e o desenvolvimento decorrem da atuação de outros elementos, como as condições gestacionais/obstétricas, do comportamento alimentar da criança, dos aspectos socioeconômicos/demográficos, ambientais e culturais e do suporte dos serviços de saúde (SANTOS et al., 2020).

Em relação aos aspectos gestacionais/obstétricos, o cuidado nutricional com a gestante se destaca, já que a alimentação da futura mãe deve fornecer energia suficiente para o desenvolvimento e a diferenciação dos órgãos fetais, no primeiro trimestre da gravidez, e aceleração do crescimento e do desenvolvimento cerebral, nos trimestres seguintes (FREITAS et al., 2018).

Citam-se ainda, dentre outros elementos associados à gestante e que interferem no crescimento e no desenvolvimento infantil, a idade e a saúde materna, a situação socioeconômica, a rede de apoio, o tipo de parto e o consumo de drogas lícitas e ilícitas (PEREIRA; OLIVEIRA, 2021; CAVAGGIONI; MARTINS; BENINCASA, 2020; RODRIGUES et al., 2018; SCHIAVO et al., 2020).

No que diz respeito ao comportamento alimentar da criança, o aleitamento materno figura como um importante fator influenciador do crescimento e do desenvolvimento do lactente, como consequência das suas propriedades nutricionais e imunológicas (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

Por outro lado, o uso precoce de fórmulas pelo lactente pode alterar os seus hábitos alimentares e aumentar o consumo de calorias, elevando os riscos à obesidade infantil (BASTOS et al., 2020). Ainda, o consumo de alimentos cariogênicos ou adicionados de açúcares (FELIX et al., 2021) pelas crianças, além de fator de risco para a obesidade infantil (BRÍGIDO et al., 2020), se não associados a hábitos de higiene oral adequados, pode levar ao processo cariioso. Esse pode induzir dor, limitar a mastigação e prejudicar a alimentação, impactando negativamente no crescimento e no desenvolvimento cognitivo, especialmente em populações com baixos recursos (SO et al., 2018; CARVALHO et al., 2021).

Nesse sentido, vale ressaltar que o poder aquisitivo das famílias pode influenciar as práticas alimentares e, conseqüentemente, o crescimento e o desenvolvimento infantil. De fato, a condição econômica pode interferir na disponibilidade, na quantidade e na qualidade dos alimentos consumidos, por substituir a ingestão de alimentos caseiros e naturais por alimentos industrializados. Esses, considerados supérfluos e de elevada densidade energética e baixa qualidade nutricional, resultam em comprometimento no crescimento e no desenvolvimento infantil (SOTEROA et al., 2015).

No tocante à influência do suporte dos serviços de saúde no crescimento e no desenvolvimento infantil, ela se baseia no fato de que a família necessita de atenção e de orientação no autocuidado. Essas ações podem ser propiciadas pela rede de Atenção Primária à Saúde, por uma equipe multiprofissional, e iniciadas desde o período pré-natal (SILVA et al., 2019).

Nesse contexto, o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família exerce um papel fundamental nesse processo, por monitorar o crescimento físico e intelectual da criança, pela consulta de puericultura (BRIGIDA; SOUSA; ARAUJO, 2018). Essa compreende um conjunto de ações que visam promover a atenção integral ao crescimento e ao

desenvolvimento infantil, possibilitando que a criança se torne um adulto livre da influência de fatores desfavoráveis da infância (BRIGIDA; SOUSA; ARAUJO, 2018).

Na consulta de puericultura, o enfermeiro pode avaliar a criança, orientar a família e tomar decisões. Para tanto, esse profissional deve considerar os diferentes aspectos em que a criança se encontra inserida, incluindo o contexto familiar e cultural, utilizando o seu conhecimento teórico, prático e científico (BRIGIDA; SOUSA; ARAUJO, 2018). Contudo, a literatura aponta fragilidades na prestação desse serviço por deficiência na estrutura física, escassez de recursos, reduzido número de profissionais, desmotivação e práticas curativas (SOARES et al., 2016; VIEIRA et al., 2019).

De acordo com a literatura, a atenção à saúde da criança se tornou uma importante área de atuação das políticas públicas resultante do progresso científico e das mudanças na assistência prestada ao ser humano, incluindo o público infantil. Particularmente, a criança tornou-se uma prioridade no sentido de reduzir seus agravos e mortalidade, o que proporcionou, como uma das áreas de atuação, a vigilância em termos de seu desenvolvimento (REICHERT et al., 2021).

Nessa perspectiva, o cuidado voltou-se para a primeira infância, compreendida pela faixa etária de zero a seis anos, período em que há grandes alterações físicas e neuropsicomotoras. Conseqüentemente, o acompanhamento regular do crescimento e do desenvolvimento infantil tornou-se necessário para identificar possíveis desordens e orientar e incentivar o cuidado com a criança (REICHERT et al., 2021).

Nesse contexto, o enfermeiro se destaca por acompanhar e desenvolver ações educativas efetivas e de sensibilização para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil, focando na atenção à criança e na comunicação com a família (CARRIJO et al., 2015; LUSTOSA et al., 2020). Esse acompanhamento deve atender às particularidades de cada criança para identificação precoce dos agravos, devendo ser realizada na Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Como parte integrante da equipe multiprofissional da ESF, o enfermeiro possui atribuições e responsabilidades com relação à saúde da criança e sua família, como um profissional qualificado, que conhece as características a serem avaliadas. Esse acompanhamento deve ser regular, o que pode ser favorecido pela boa relação interpessoal entre o profissional e os responsáveis pela criança (VIERA et al., 2015; GAIVA et al., 2019, REICHERT et al., 2016).

Nesse sentido, o Programa de Puericultura, ciência que se dedica à criança em desenvolvimento (SILVEIRA, 2012) e busca aproveitar toda a potencialidade de seu crescimento (GAIVA et al., 2019), surge na Atenção Básica como ferramenta para auxiliar o enfermeiro no acompanhamento integral do crescimento e do desenvolvimento infantil, atuando em todas as fases do ciclo de vida. Cabe a ele prevenir as doenças que mais afetam as crianças e proteger e promover a saúde, de modo que alcancem a vida adulta sem a influência de fatores negativos oriundos da infância. Atribui-se a ele observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno e orientar a introdução da alimentação complementar (VIEIRA, et al., 2012; LOPES, 2016; SECRETARIA DA SAÚDE, 2012).

Particularmente, na assistência à saúde infantil, a promoção e a recuperação da saúde e do bem-estar da criança são conduzidas pelo profissional enfermeiro de forma integral e individualizada, pautadas no planejamento das ações e no conhecimento científico. Dessa forma, pode-se oportunizar um crescimento e um desenvolvimento da criança adequados nos seus aspectos físico, emocional e social.

Para que a promoção do crescimento e do desenvolvimento ocorra de forma aceitável, a consulta de puericultura deve ser desenvolvida com plenitude, na qual o enfermeiro deve conhecer e entender a criança em diferentes contextos, como o ambiente familiar, socioeconômico, histórico, político e cultural. Como consequência, a morbimortalidade infantil poderá ser reduzida (VASCONCELOS et al., 2012; VIEIRA et al., 2016; FERREIRA et al., 2015).

Além do papel que o enfermeiro exerce frente ao crescimento e ao desenvolvimento infantil, à equipe de Enfermagem é atribuído o cuidado cotidiano com a higiene bucal (ARAÚJO et al., 2010). Essas funções se inter-relacionam se admitida a associação entre as doenças bucais e o crescimento e o desenvolvimento da criança. Entretanto, o conhecimento do enfermeiro na saúde oral é limitado, como resultado de um déficit em sua formação, prejudicando sua aplicação na prática clínica. A necessidade de superação dessa deficiência é relevante diante da função que esse profissional exerce na vigilância desses fenômenos no âmbito da saúde da criança.

Com base no acima exposto, essa pesquisa se justifica pela importância de se estudar o crescimento e o desenvolvimento infantil e os fatores que interferem nesses processos, especialmente pela possibilidade de se detectarem alterações passíveis de modificação, capazes de interferir na vida do futuro adulto.

Particularmente, pelo estudo investigar o crescimento e o desenvolvimento e seus fatores de risco de crianças de até 6 anos de idade, em atendimento em puericultura em unidades básicas de saúde de um município cearense, poder-se-á ter um diagnóstico da realidade vivenciada por esse público, o que poderá direcionar ações de prevenção, de recuperação e de manutenção da saúde infantil por parte dos profissionais, de gestores e da própria população.

Ainda, essa pesquisa, por envolver uma equipe constituída por profissional e acadêmicos de Enfermagem, especialmente africanos, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), poderá conscientizá-los quanto à importância do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil e da sua capacidade de intervenção nesses processos, norteadas pelos fatores influenciadores, além de possibilitar a reflexão sobre a realidade da saúde da criança em seu país de origem e os tornar aptos a conduzir semelhante estudo em sua nação.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar os diferentes fatores extrínsecos relacionados ao crescimento e ao desenvolvimento de crianças atendidas em consulta de puericultura em unidades básicas de saúde de um município cearense.

2.2. Objetivos Específicos

- Levantar os aspectos socioeconômicos, de mães de crianças atendidas nas unidades de saúde;
- Descrever os aspectos relacionados ao período gestacional, amamentação e histórico familiar de óbito infantil de mães de crianças atendidas nas unidades de saúde;
- Descrever as características biológicas, os hábitos alimentares e a prática da amamentação dessas crianças;
- Verificar o acompanhamento pelo serviço de saúde, a busca por atendimento odontológico e os hábitos de higiene oral dessas crianças;
- Avaliar o estado nutricional e o desenvolvimento psicossocial, de linguagem e físico dessas crianças;
- Associar os fatores relacionados ao período gestacional, os hábitos alimentares e o estado nutricional dessas crianças;
- Relacionar os aspectos socioeconômicos, o acompanhamento pelo serviço de saúde e os hábitos alimentares e de higiene oral dessas crianças.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1.Crescimento e desenvolvimento infantil: dos conceitos aos fatores de risco e desafios de sua avaliação

O crescimento e o desenvolvimento infantil são fenômenos amplos, contínuos, dinâmicos e de difícil mensuração, promovidos a partir das interações criança-criança, criança-família e criança-ambiente. Especificamente, eles resultam da atuação de fatores intrínsecos, como os genéticos e os metabólicos, e extrínsecos, representados, dentre outros, pela alimentação, saúde e cuidados gerais com a criança (MONTEIRO et al., 2016; MONTEIRO et al., 2017).

Quanto a sua avaliação, ela não deve se reduzir à utilização de instrumentos padronizados e acessíveis, como balanças, réguas, gráficos e cartões, e técnicas adequadas, mas deve envolver a troca de informações, orientações e observações, reconhecendo limites e necessidades e resgatando o cuidado com o ser humano na busca de uma atenção integral à saúde (MONTEIRO et al., 2016; MONTEIRO et al., 2017).

Independentemente da forma de análise desses fenômenos, todo ser humano, ao nascer, tem um potencial genético para crescer e se desenvolver, o que poderá ser alcançado, a depender de suas condições de vida. Assim, admite-se que o crescimento e o desenvolvimento infantil são indicadores da qualidade de vida e da saúde da criança, notadamente por resultarem da ação de fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais (PACHECO et al., 2012).

Com respeito ao crescimento, esse, de uma forma geral, é considerado como o aumento do tamanho corporal, cessando com o término do aumento em altura, induzido pelos processos de hipertrofia (aumento do tamanho das células) e hiperplasia (aumento do número de células). Para o seu devido registro, deve-se mensurar e acompanhar as medidas antropométricas da criança, retratadas pelo peso, estatura e perímetros (cefálico e torácico), relacionando-os entre si (MONTEIRO et al., 2017).

No que diz respeito a essas medidas, os índices peso ao nascer, peso por idade, peso por estatura e estatura por idade são utilizados prioritariamente na avaliação do crescimento infantil. Particularmente, para o peso do recém-nascido, o seu registro se justifica por ser ele um indicador importante do crescimento intrauterino, revelando o aumento ou a diminuição da massa corporal. Para a estatura, como medida corporal, ela expressa a dimensão linear ou

longitudinal do corpo. Quanto à idade, essa deve ser associada ao peso e à altura de modo a permitir que se tornem índices do crescimento.

Detalhadamente, para o índice peso/idade, esse possibilita diagnosticar e detectar as alterações do crescimento ponderal. Sobre o índice peso/estatura, ele reflete a perda ou excesso de massa corporal, indicando desnutrição aguda ou o sobrepeso, respectivamente. Em relação ao índice estatura/idade, esse expressa deficiências nutricionais de longa duração ou os efeitos cumulativos dos múltiplos fatores adversos à saúde (LUIZET et al., 2019; GUIMARÃES et al., 2015).

Diante desses parâmetros, a literatura é clara em apontar a necessidade de uma maior atenção ao crescimento linear nos primeiros três anos de vida do indivíduo, visto que, depois do segundo ano, a recuperação do déficit de estatura é bem limitada. Essa necessidade é reforçada pelo fato da estatura ser um elemento promissor e de grande relevância para o desenvolvimento cognitivo, o rendimento produtivo e o estado de saúde (VARGAS et al., 2017).

No tocante ao desenvolvimento, esse é compreendido como a capacidade progressiva do ser humano de realizar funções cada vez mais complexas, por meio da interação entre os fatores biológicos, culturais e sociais. Assim, diferentemente do que se imagina, a aquisição de habilidades não se associa apenas à faixa etária da criança, mas a interações com o seu grupo social (HOCKENBERRY et al., 2011).

Para uma avaliação completa do desenvolvimento infantil, diferentes domínios devem ser considerados, como o físico, o cognitivo e o psicossocial. O domínio físico engloba, além do crescimento e dos reflexos primitivos, as habilidades motoras grossas e as finas (MONTEIRO et al., 2016). As primeiras referem-se à utilização dos músculos maiores que permitem a movimentação do corpo, como andar e correr, enquanto as últimas se relacionam à utilização dos músculos menores, os quais facilitam a coordenação do corpo, principalmente, entre os olhos e as mãos, como pegar um objeto. As maiores e as mais importantes evoluções das habilidades motoras ocorrem na fase de lactância (MONTEIRO et al., 2017; RODRIGUES et al., 2013; MARQUES et al., 2016).

O domínio cognitivo analisa o intelecto da criança, sendo a linguagem uma de suas principais variáveis. Entendido como principal elemento para socialização, aprendizado e integração cultural, esse domínio envolve condições biológicas, embora seja dependente da influência de fatores externos (ambientais e sociais) presentes no meio em que a criança está inserida (LABANCA et al., 2015). O domínio psicossocial compreende a forma de interação

da criança com as pessoas de seu meio, além da construção da sua personalidade e da sua capacidade de se tornar um ser autônomo, apto a enfrentar seus próprios problemas (CRÓ; PINHO, 2011).

Contudo, a avaliação do desenvolvimento cognitivo e psicossocial deve ser realizada separadamente do desenvolvimento físico, o qual envolve, além de dados antropométricos, as análises das habilidades motoras e dos reflexos primitivos, fenômenos mais amplos. Para o desenvolvimento físico, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, apresentam muita dificuldade em fazer o seu registro e de realizar uma inferência diagnóstica devido a sua alta complexidade.

Essa realidade é preocupante, já que o enfermeiro é responsável por realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil em suas consultas de puericultura. Nessas, o acompanhamento do crescimento ocorre por meio da verificação das medidas antropométricas, baseadas nos gráficos da caderneta de saúde da criança, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. Todavia, o desenvolvimento motor não é avaliado concretamente, pois os marcos no desenvolvimento abordados na caderneta apresentam apenas pontos específicos em faixas etárias amplas (BRASIL, 2015).

Somado a isso, o enfermeiro, ao avaliar o desenvolvimento infantil, de uma forma geral, depara-se com dificuldades, como: falta de aprofundamento do fenômeno estudado, levando à dificuldade de mensurar todos os itens que compõem essa avaliação; desconhecimento profissional e falta de recursos materiais para realização adequada da avaliação. Dessa forma, o enfermeiro vê-se obrigado a avaliar separadamente os domínios relacionados ao desenvolvimento infantil para que possa fazê-la de forma mais completa e intervir mais apropriadamente (SILVA et al., 2017). Conseqüentemente, problemas poderão não ser diagnosticados e intervenções precoces em saúde poderão não ser executadas (HEDMAN; KAMITSURU, 2015).

Nesse sentido, a criança deverá ser observada continuamente por testes de triagem, capazes de identificar transtornos e acompanhar o atraso do desenvolvimento, caso já esteja estabelecido (SILVA et al., 2011). Segundo a Academia Americana de Pediatria, recomenda-se a realização desses testes em crianças até os três anos de idade, o que, além de permitir a detecção precoce de alterações, reduzirá os gastos com a saúde (COELHO et al., 2016).

Nesse âmbito, o uso do Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II (TTDD-II) se destaca no Brasil devido a sua facilidade e agilidade na aplicação. Ele avalia, separadamente, o desenvolvimento físico, pessoal-social e de linguagem, particularmente o

domínio motor fino e o grosso. Na Atenção Básica, ele pode ser empregado pelo enfermeiro em consultas de puericultura (SILVA et al., 2011), o que pode amenizar os problemas acima mencionados.

Em vista disso, torna-se perceptível a importância de se acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil para articular estratégias interventivas mais eficientes, evitando ou amenizando transtornos futuros (ALLEO et al., 2014). Essa atitude deve ser acompanhada pelo conhecimento do profissional de saúde em relação a diferentes aspectos, incluindo os fatores de risco biológicos e ambientais, e uso de técnicas adequadas.

No que diz respeito aos fatores de risco biológicos, eles representam eventos pré, peri e pós-natais que resultam em danos à saúde e que elevam as chances de comprometimento do crescimento e do desenvolvimento infantil, como a prematuridade, a asfixia e o baixo peso ao nascer. Sobre os fatores de risco ambientais, esses compreendem as experiências adversas relacionadas à família, como as condições socioeconômicas, baixo grau de escolaridade e alimentação, ao meio ambiente e à sociedade, como alta prevalência de doenças crônicas e infecciosas (SILVA et al., 2015).

3.2. Alimentação como fator de risco para o crescimento e o desenvolvimento infantil

A alimentação adequada na infância é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento saudável nos primeiros anos de vida. No entanto, não se deve restringir apenas a esse período, já que práticas alimentares salutaras na infância contribuem para a instituição de hábitos alimentares adequados na vida adulta (CARVALHO et al., 2015). Assim, os profissionais de saúde devem trabalhar adequadamente para orientar, principalmente as mães, como proceder para atingir esses objetivos.

Nessa perspectiva, as mães devem ser aconselhadas e sensibilizadas quanto à importância da prática da amamentação exclusiva e posterior introdução da alimentação complementar. Sendo assim, nos primeiros seis meses de vida, o bebê deverá receber exclusivamente o leite materno, exceto o consumo de gotas ou xaropes na forma de medicamentos, de sais de reidratação oral e de suplementação de minerais e de vitaminas. Quanto às vantagens dessa prática, elas consistem desde evitar a morte infantil, a diarreia, as infecções respiratórias e as alergias à contribuição para o desenvolvimento da inteligência e da cavidade oral (BRASIL, 2015).

Vale ressaltar que a amamentação exclusiva não apresenta benefícios apenas para o bebê, mas para a mãe, ao protegê-la do desenvolvimento de doenças, como o câncer de mama, reduzir o sangramento pós-parto, contribuir para a involução uterina e acelerar o retorno à forma física. Além disso, o aleitamento materno promove o vínculo afetivo entre a mãe e o filho, além de se associar a um baixo custo (OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2015).

A partir dos seis meses de vida, o bebê já apresenta os reflexos necessários à deglutição, sustenta melhor a cabeça e inicia a erupção dos primeiros dentes, facilitando a mastigação. Somado a isso, ele refina o seu paladar e estabelece preferências alimentares, iniciando um novo ciclo do seu desenvolvimento. Nessa fase, deve-se iniciar a alimentação complementar, momento em que muitas mães desconhecem o que deve ser oferecido e como deve ser conduzida essa oferta (BRASIL, 2015).

Nessa etapa, a participação dos profissionais da área da saúde se sobressai pelo conhecimento e experiências acumuladas em relação à alimentação da criança. Destaca-se a figura do enfermeiro por ser ele o profissional que orienta as mães quanto aos tipos de alimentos que deverão ser disponibilizados, sua forma de preparo, acondicionamento e estratégias de introdução. Essas devem abranger paciência, afeto e auxílio à mãe, ressaltando o apoio familiar. Nesse período, a criança estará propícia a estabelecer um vínculo maior com os demais membros da família, já que, durante a amamentação exclusiva, a proximidade maior era com a mãe (BRASIL, 2015).

No tocante à alimentação complementar, essa é definida como qualquer alimento nutritivo, diferente do leite materno, rico em energia, proteínas e micronutrientes e ausente de contaminação. Sua consistência deve ser apropriada à idade, assim como sua quantidade (GIUGLIANI; VICTORA, 2000), de modo a complementar a energia e os nutrientes necessários ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis da criança (MOREIRA et al., 2021). Particularmente, essa última contribuição é observada no campo motor, psicológico e cognitivo, sendo responsável ainda pela prevenção de doenças (MOREIRA et al., 2021).

De acordo com o Guia Alimentar para Menores de Dois Anos, a adoção da alimentação complementar deve ocorrer de forma lenta e gradual, com os alimentos sendo ofertados de forma espessa, amassada, desfiada ou em pequenos pedaços, sendo sua textura alterada progressivamente, de modo a atingir a consistência da alimentação familiar, deve ocorrer entre os oito e os doze meses de idade (ARAÚJO et al., 2021).

Segundo o Guia, a alimentação infantil deve envolver alimentos *in natura* ou minimamente processados, como arroz, feijão, frutas, verduras e carnes, assim como o

consumo limitado de alimentos industrialmente processados (como queijo e enlatados) e nunca ingesta de alimentos ultraprocessados, como biscoitos, bolachas, refrigerantes, guloseimas, suco artificial e salgadinhos de pacote (BRASIL, 2019).

Contudo, o que se constata é a substituição do consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados por alimentos ultraprocessados pela população infantil (STRAUSS; CONDE, 2021), o que pode induzir a obesidade. Essa impacta negativamente no desenvolvimento da criança, além de aumentar o risco de condições, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, depressão e obesidade na fase adulta (MALIHI et al., 2021).

Registra-se também a introdução alimentar precoce, a qual pode interferir na absorção de nutrientes oriundos do leite materno e promover infecções gastrointestinais, desnutrição (em decorrência do aumento do número de quadros diarreicos), alergias e elevação da morbimortalidade (MOURA et al., 2021). Sobre a admissão alimentar tardia, essa pode desacelerar o crescimento infantil e elevar o risco de desnutrição, de anemia ferropriva e de deficiência nutricional (ARAÚJO et al., 2021; MOURA et al., 2021).

Em termos epidemiológicos, a obesidade e o sobrepeso figuram como uma das doenças crônicas não transmissíveis mais recorrentes entre a população infantil, inclusive superando a ocorrência de desnutrição em países em desenvolvimento (CARLEVARO et al., 2021) (exceto em algumas regiões africanas e asiáticas) (PITANGA et al., 2021).

Quanto a sua prevalência, a obesidade acomete 5% das crianças em todo o mundo, especialmente países desfavoráveis economicamente (FERREIRA et al., 2021). No Brasil, uma revisão sistemática apontou uma prevalência de 14,1% de obesidade entre crianças e adolescentes (AIELLO et al., 2015) e, em crianças menores de 2 anos, esse valor foi de 6,5% (COCETTI et al., 2012).

De acordo com os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) referentes ao estado nutricional mundial de crianças menores de 5 anos, o percentual de crianças com deficiência de crescimento reduziu de 32,5% para 21,9%, no período de 2000 a 2018, embora, nesse último ano, aproximadamente 149 milhões apresentavam baixa estatura (MICHAELSEN; NEUFELD; PRENTICE, 2020).

Segundo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 2019, 4,3% e 13,35% das crianças brasileiras com idade inferior a 5 anos, cadastradas no Programa Bolsa Família, não apresentavam peso e altura ideal para a idade, respectivamente (SANTOS et al.,

2021). Ainda, atribui-se à desnutrição a responsabilidade por 45% de todos os casos de óbitos de crianças menores de 5 anos (MOREIRA et al., 2021).

Diante desse cenário, a Segurança Alimentar e Nutricional, um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do Milênio da Agenda de 2030, desponta como uma importante estratégia para o combate à fome e a melhoria nutricional da população mundial, especialmente de indivíduos vulneráveis, como as crianças. Segundo ela, a alimentação segura e adequada se embasa no acesso frequente a alimentos, tanto em quantidade quanto em qualidade, de acordo com as necessidades individuais, atendo-se aos aspectos sociais, culturais e biológicos, de forma econômica e ambientalmente sustentável (HIRANO; BAGGIO; FERRARI, 2021). Sua instituição, associada à amamentação e à alimentação complementar saudável, propicia a saúde e a diminuição de agravos às crianças (HIRANO; BAGGIO; FERRARI, 2021).

Dessa forma, torna-se claro que o aporte nutricional, fundamental para execução das funções biológicas, quando deficiente, pode ocasionar grandes problemas à saúde infantil, comprometendo as funções cerebrais, retardando o crescimento e a capacidade de aprendizagem e elevando os riscos de doenças (OLIVEIRA, 2017).

Apesar dessas consequências, ainda se observa a desnutrição em populações em que há dificuldades de adquirir ou produzir alimentos ou que vivenciam a violação de direitos básicos e em situações que, mesmo diante da presença do alimento, seu consumo é inadequado ou deficiente pela presença de doenças (BRASIL, 2019).

Assim, torna-se necessária a instituição de hábitos alimentares nos primeiros anos de vida, focando no aleitamento materno e na introdução adequada de alimentos complementares, visando um crescimento e desenvolvimento apropriado e evitando distúrbios nutricionais e doenças (MOREIRA et al., 2021), incluindo as que acometem a cavidade oral.

3.3. Doenças orais: do consumo de alimentos açucarados à interferência no crescimento infantil

Definida como uma doença crônica não contagiosa, dinâmica e ecológica, a cárie é uma condição desencadeada pela alteração da placa bacteriana aderida à superfície dentária, como consequência de mudanças salivares, imunológicas, na higienização oral, na dieta e no estilo de vida (SANHUEZA et al., 2021). Embora os principais fatores de risco envolvam o biofilme dental e os carboidratos fermentáveis oriundos da alimentação, tem sido atribuída

aos fatores genéticos a participação nesse processo (OPAL et al., 2015).

Acometendo um terço da população mundial (VALERO et al., 2018; KASSEBAUM, 2015), em qualquer faixa etária (KASSEBAUM et al., 2015; JEPSEN et al., 2017), a cárie é uma infecção associada à dor, ao sofrimento e ao comprometimento das funções orgânicas (LUNARDELLI et al., 2016). Ela é capaz de interferir nas atividades diárias e na qualidade de vida do indivíduo, promovendo complicações locais, sistêmicas, psicológicas, sociais e econômicas (LUNARDELLI et al., 2016; CARMINATTI et al., 2017). Especificamente, em crianças e em adolescentes, a lesão cariosa repercute no seu crescimento, aprendizado, interação social e autoestima (OLIVEIRA et al., 2013; FERNANDES et al., 2013).

No que diz respeito a sua etiopatogênese, há a participação especial de *Streptococcus mutans*, ocasionando a desmineralização da estrutura dentária, pela produção de ácido a partir de açúcar, e *S. sobrinus*, além de envolver outras bactérias, como *Lactobacilli*, *Actinomyces*, *Bifidobacterium*, *Prevotella*, *Corynebacterium* e *Atopobium*, e a espécie fúngica, *Candida albicans* (ANIL; ANAND, 2017; MIRA; SIMON-SORO; CURTIS, 2017).

Nesse contexto, vale mencionar que o desenvolvimento da cárie se associa diretamente à inserção de carboidratos refinados na dieta, particularmente a sacarose, tido como o dissacarídeo mais indutor desse processo (FELIX et al., 2021). Conforme a literatura, compõem os alimentos cariogênicos os carboidratos fermentáveis, representados pela bolacha, doce, bolo e pão, que a depender da sua consistência e tempo de permanência na cavidade oral, podem apresentar maior ou menor potencial para indução de lesão cariosa (FELIX et al., 2021; CAGNANI et al., 2014).

No que se refere ao acometimento de crianças por cárie, essa representa uma das doenças crônicas mais prevalentes nesse grupo, o que a torna um grande desafio para a saúde pública infantil (SANHUEZA et al., 2021). De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 60% a 90% das crianças apresentam processos cariosos com cavitação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Além desses aspectos, a cárie em crianças, se não tratada, pode interferir na mastigação e no ambiente psicossocial, podendo sua forma mais grave promover dor aguda, grande perda dentária e sepse (LI et al., 2021).

Com relação à cárie precoce da infância, essa é uma condição caracterizada pela presença de um ou mais dentes cariados (cavitados ou não), perdidos (em decorrência de cárie) ou restaurados em crianças menores de 6 anos (COLOMBO et al., 2017). Tida como uma das mais comuns doenças infecciosas em crianças, ela é desencadeada por fatores

biológicos, ambientais, comportamentais e socioeconômicos (DYE et al., 2015; FONTANA, 2015). Sua etiologia não se restringe à presença de uma dieta rica em carboidratos, mas compreende uma interação entre essa, os microrganismos orais, os constituintes salivares e o tempo (HAJISHENGALLIS et al., 2017).

Quanto aos dados epidemiológicos, a cárie precoce da infância acomete cerca de 621 milhões de crianças no mundo e, no Brasil, aproximadamente 53,4% das crianças com 5 anos e 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade. O último levantamento realizado a nível nacional mostrou uma elevada incidência de cárie na população infantil, apontando, especificamente, uma média do Índice ceo-d de 2,43 dentes com experiência de cárie em crianças de 5 anos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

No tocante aos fatores de risco, a literatura aponta, além da questão microbiana, o alto consumo de alimentos açucarados, representados por: ingesta de mamadeira noturna com suco; consumo frequente, entre as refeições, de lanches ou bebidas adicionados de açúcar e amamentação associada a carboidrato (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2020).

Com respeito a sua importância, essa não se limita à cavidade oral, repercutindo sistemicamente, elevando a susceptibilidade a infecções secundárias, retardando o crescimento e induzindo o baixo peso, distúrbios no sono e alterações no desenvolvimento físico e cognitivo da criança (NUNES; PEROSA, 2017).

Nomeadamente, a interferência da cárie precoce da infância no crescimento e no desenvolvimento pode estar associada ao fato da dor e do desconforto dificultarem a mastigação de determinados alimentos *in natura* ou minimamente processados, como carne vermelha e frutas (SAJJANAR et al., 2020; BRASIL, 2019). Ainda, a dor ocasionada pelo processo carioso pode afetar a qualidade do sono, reduzindo a produção de glicocorticoide, prejudicando o crescimento infantil (SAJJANAR et al., 2020). Somado a isso, a inflamação crônica ocasionada pela cárie pode reduzir a produção de eritrócitos e induzir anemia, prejudicando o desenvolvimento físico e cognitivo da criança (ZUFFO et al., 2016).

Em contrapartida, a desnutrição infantil desencadeia uma atrofia das glândulas salivares, diminuindo a sua secreção e afetando a atuação da saliva como tampão, higienizador, anti-solvente e antibacteriano, favorecendo o surgimento da lesão cariiosa (ACHMAD et al., 2020). Esse estado nutricional pode também promover a hipoplasia do esmalte dentário, aumentando a susceptibilidade à desmineralização e à cárie (ACHMAD et al., 2020).

Apesar do foco nos fatores ditos determinantes do processo cariioso, representados pela microbiota oral, susceptibilidade do hospedeiro, dieta cariogênica, tempo e composição e propriedades salivares, não se deve deixar de mencionar a participação dos fatores moduladores, como a higiene bucal e o comportamento, a atitude e o conhecimento em saúde oral, bem como as condições socioeconômicas (FEJERSKOV; MANJI, 1990; KEYES, 1960; KRASSE, 1988). Dessa forma, ao se avaliar a susceptibilidade da criança à cárie, devem ser considerados todos esses fatores e as possíveis consequências para a sua saúde bucal e geral.

Sucedendo a cárie, as doenças periodontais também representam um importante problema de saúde pública em decorrência da sua elevada prevalência e impacto social (ALGHAMDI et al., 2020). Consideradas como doenças infecto-inflamatórias, elas acometem a gengiva, o ligamento periodontal, o cemento e o osso alveolar (KHUDA et al., 2021), levando à perda dentária (ESPÍNDOLA et al., 2021).

Sua fase inicial, denominada de gengivite, representa um processo inflamatório modesto que afeta o tecido gengival, capaz de progredir para os demais componentes do periodonto, caracterizando a periodontite (NOCINI; LIPPI; MATTIUZZI, 2020). Além de afetar a cavidade oral, elas podem repercutir sistemicamente. Quanto a seus fatores de risco, esses compreendem aspectos genéticos e ambientais (TOY; USLU, 2019), assim como a condição socioeconômica e o conhecimento, atitudes e comportamento em saúde oral (ALGHAMDI et al., 2020).

Em termos epidemiológicos, a prevalência de periodontite nos países desenvolvidos é em torno de 4% a 76% e, nos países em desenvolvimento, esse valor varia de 50% a 90% (JIAO et al., 2021). De acordo com a faixa etária, a doença periodontal acomete de 10% a 90% dos adultos (JIANG et al., 2016) e a periodontite em torno de 40% dessa população (DENG et al., 2021). Para a gengivite, ela é o tipo predominante de doença periodontal em crianças e em adolescentes, além de ser a segunda mais prevalente doença oral infantil (CASTILHO et al., 2016).

No tocante a sua etiopatogênese, as doenças periodontais são desencadeadas pela interação entre o biofilme (placa bacteriana) subgengival e a resposta imunológica do indivíduo (POPA et al., 2021). Especificamente, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* se destacam entre as bactérias periodontopatogênicas responsáveis por diferentes tipos de periodontite (JABRI et al., 2021).

Quanto à gengivite, essa é induzida pela presença de biofilme na margem gengival, o que pode evoluir, se não tratada, para a periodontite, uma condição associada à destruição do osso alveolar e perda dentária (ALGHAMDI et al., 2020). Dados recentes apontam, além da participação da microflora oral heterogênea, marcada pela presença de diferentes espécies bacterianas, o envolvimento de vírus e fungos na indução dessas doenças (JABRI et al., 2021).

A literatura menciona ainda, como etiologia da periodontite primária, a presença do biofilme associado a uma inadequada higiene oral (SANTONCITO et al., 2021). Segundo ela, as bactérias periodontopatogênicas liberam enzimas e metabólitos que promovem o dano tecidual, o que induz uma resposta inflamatória, capaz de promover destruição dos tecidos, inclusive do osso alveolar, por meio da produção e da liberação de inúmeros mediadores inflamatórios (SANTONCITO et al., 2021).

Contudo, não se pode deixar de relatar a participação da alimentação nesse processo. De fato, macronutrientes (proteínas, carboidratos e lipídeos) e micronutrientes (vitaminas e minerais) podem interferir na resposta imunológica do indivíduo frente ao desenvolvimento de doenças periodontais, por modularem os mediadores pró-inflamatórios e anti-inflamatórios (SANTONCITO et al., 2021).

Assim, a inter-relação entre a alimentação, as doenças bucais e o crescimento e o desenvolvimento infantil evidente acima destaca a importância da atuação de diferentes profissionais para a prevenção, a manutenção e o restabelecimento da saúde geral e oral da criança.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e de abordagem quantitativa. A pesquisa observacional, não experimental ou de observação investiga, observa e registra o fenômeno e seus atributos e a sua relação com outras condições, sem que ocorra qualquer intervenção. No estudo observacional analítico, objetiva-se pesquisar uma eventual relação de causa e efeito entre as variáveis independentes e dependentes (FRONTEIRA, 2013).

A pesquisa transversal envolve a coleta de dados em determinado período temporal. Esse tipo de delineamento é apropriado para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um determinado ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

Quanto à pesquisa com abordagem quantitativa, as informações coletadas resultam em dados de formato numérico, analisadas por procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

4.2. Local e período do estudo

O estudo foi conduzido no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito, situados no município de Acarape – CE. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a julho de 2021.

4.3. População e tamanho da amostra

A população deste estudo foi constituída por crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito, bem como suas mães.

Para o tamanho da amostra, optou-se pela amostragem não probabilística por conveniência.

4.4. Critérios de inclusão

Foram incluídos, no estudo, crianças de até 6 anos de idade em atendimento em puericultura no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Foram incluídas ainda suas mães, independentemente do nível de escolaridade.

4.5. Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo: - as crianças adotivas; - as que apresentassem qualquer histórico de atraso no crescimento e no desenvolvimento relacionado a patologias congênitas e perinatais; - as que, mesmo demonstrando o desejo de participarem da pesquisa, seus pais ou

responsável não assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); - mães com idade inferior a 18 anos; - mães, cuja criança se recusasse a participar do estudo.

4.6. Coleta de dados

Inicialmente, foi feita apresentação do projeto, em um local reservado da unidade de saúde, às mães das crianças que aguardavam a consulta de puericultura. Mediante o aceite de participação do estudo, foi aplicado e devidamente assinado o TCLE (APÊNDICE A).

Quanto ao Termo de Assentimento, pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) não ser clara quanto à idade de sua aplicação, ele foi adotado para crianças de 4 a 6 anos de idade, com base em Passadore et al. (2020) (APÊNDICE B).

Para a sua aplicação, foi exibido a todas as crianças, independentemente da idade, um teatro de fantoches, retratando todos os procedimentos da pesquisa os quais a criança seria submetida, caso fosse dado o devido consentimento. Essa atitude foi tomada com base no fato de que essa forma de expressão artística pode ser trabalhada nessa faixa etária, de forma segura e se respeitando a sua especificidade (LIRA; MARTINS; SANTOS, 2020). A expressão da anuência ou recusa em participar da pesquisa foi feita por cada criança, por meio de gravação de áudio (BOZOLAN, 2015), em local reservado, após assinatura do TCLE e apresentação teatral.

Logo após, foi solicitado o preenchimento de um questionário, elaborado pela equipe da pesquisa, contendo perguntas objetivas e subjetivas. Essas abordaram os seguintes pontos: - aspectos socioeconômicos das mães; - características biológicas das crianças e busca por serviço de saúde e atendimento odontológico; - condições relacionadas ao período gestacional, amamentação e histórico familiar de óbito infantil; - hábitos alimentares e de higiene oral das crianças (APÊNDICE C).

Em seguida, foram avaliados o crescimento e o desenvolvimento das crianças. Para o crescimento, foram realizadas medidas antropométricas de peso e de altura, em duplicata, as quais foram utilizadas para o cálculo dos índices estatura/idade, peso/idade, peso/estatura e IMC (Índice de Massa Corporal)/idade. Além disso, foi utilizado o cartão de crescimento das crianças e o prontuário para comparação do peso e da altura registrados pela equipe do trabalho.

Para aferição do peso corporal das crianças, foram utilizadas uma balança pediátrica digital Balmak, de marca ELP-25BBC, com capacidade de 25 kg, e uma balança digital de marca Tanita® - HD- 313, com capacidade de peso de 150 kg e graduação de peso de 0,1 kg. A criança era colocada na balança ou, caso fosse possível, era orientada a posicionar-se em

pé, no centro da balança, com o peso corporal igualmente distribuído entre os pés, com roupas leves e sem sapatos. Para a aferição da estatura, foi utilizado o estadiômetro, com capacidade de medição de 115 cm a 210 cm e tolerância +/- 2 mm em 210 cm com resolução em mm.

No momento da aferição, os bebês e as crianças foram colocados ou orientados a estarem descalços, com os pés paralelos, eretos, com os braços relaxados ao longo do corpo e com cinco pontos encostados no estadiômetro, representados por: calcanhares, panturrilhas, glúteos, escápulas e região occipital, com a cabeça ereta e olhos à frente, na linha do horizonte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O IMC foi obtido por meio da razão entre o peso obtido, em kg, e a estatura, em m, ao quadrado (m^2) ($IMC = \text{Peso}/\text{estatura}^2$). Para avaliação desses índices, foi utilizado o escore z (SANTOS; COELHO, 2015). Para as classificações, foram adotados os pontos de corte preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2009), conforme os quadros 1, 2, 3 e 4. Para os cálculos e classificação do estado nutricional (escore z), foi utilizado o Software WHO Anthro®, versão 3.2.2.

Quadro 1 - Escore z para o índice de estatura-para-idade para crianças com idade inferior a 5 anos

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
< Escore z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Escore z -3 e < Escore z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Escore z -2	Estatura adequada para a idade

Fonte: WHO, 2009.

Quadro 2 – Escore z para o índice de peso-para-idade para crianças com idade inferior a 5 anos

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
< Escore z -3	Muito baixo peso para a idade
≥ Escore z -3 e < Escore z -2	Baixo peso para a idade
≥ Escore z -2 e ≤ Escore z +2	Peso adequado para a idade
> Escore z +2	Peso elevado para a idade

Fonte: WHO, 2009.

Quadro 3 – Escore z para o índice de peso-para-estatura para crianças com idade inferior a 5 anos

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
< Escore z -3	Magreza acentuada
\geq Escore z -3 e < Escore z -2	Magreza
\geq Escore z -2 e \leq Escore z +1	Eutrofia
> Escore z +1 e Escore z +2	Risco de sobrepeso
\geq Escore z +2 e \leq Escore z +3	Sobrepeso
> Escore z + 3	Obesidade

Fonte: WHO, 2009.

Quadro 4 – Escore z para o índice de IMC-para-idade para crianças com idade inferior a 5 anos

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
< Escore z -3	Magreza acentuada
\geq Escore z -3 e < Escore z -2	Magreza
\geq Escore z -2 e Escore z +1	Eutrofia
> Escore z +1 e \leq Escore z +2	Risco de sobrepeso
\geq Escore z +2 e \leq Escore z +3	Sobrepeso
> Escore z + 3	Obesidade

Fonte: WHO, 2009.

Para a avaliação do desenvolvimento, foi aplicado o Teste de Triagem de Denver II (TTDD-II) (SABATÉS et al., 2013). Esse analisou as seguintes áreas do desenvolvimento infantil: - físico (motor grosso e motor fino-adaptativo); - psicossocial; - de linguagem

(ANEXO A). Para tanto, a equipe do estudo foi devidamente treinada. À semelhança das medidas antropométricas, essa avaliação foi feita em um local reservado da unidade de saúde. Essa operacionalização ocorria antes do atendimento de cada criança, sem comprometer o fluxo das consultas de puericultura.

O TTDD-II foi designado para ser um método de triagem em crianças entre o nascimento e os seis anos de idade. É composto por 125 itens, que combinam observação direta e relato dos responsáveis, estando organizados em quatro domínios, representados por: - psicossocial (contêm 25 itens); - de linguagem (contêm 39 itens); - motor fino (contêm 29 itens); - motor grosso (contêm 32 itens).

O domínio psicossocial avalia os aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar. O de linguagem avalia a produção de som e a capacidade de reconhecer, de entender e de usar a linguagem. O motor fino avalia a coordenação do olho e da mão e a manipulação de pequenos objetos. O motor grosso avalia o controle motor corporal, o sentar, o caminhar, o pular e todos os demais movimentos realizados pela musculatura ampla.

Todos os itens são diretamente aplicados à criança e, se necessário, o responsável e/ou cuidador pode informar se a criança realiza ou não determinada tarefa (MEZZARI et al., 2019).

Especificamente, a aplicação do TTDD-II seguiu as etapas abaixo:

1ª etapa: Avaliação de cada item presente em todos os domínios

Na avaliação dos itens de cada domínio, foram executadas as atividades relacionadas a cada um deles, sendo as repostas denominadas/interpretadas da seguinte forma: - passou – quando a criança consegue realizar a tarefa ou o cuidador relata que ela faz; - falhou – quando a criança não consegue realizar a tarefa ou se o cuidador relata que ela não é capaz de fazê-la; - sem oportunidade – quando a criança não tem oportunidade de realizar a tarefa devido a restrições dos cuidadores ou por outras razões e recusa (se a criança recusa-se a cumprir a tarefa).

2ª etapa: Estabelecimento do resultado

As denominações dadas aos itens na etapa anterior foram analisadas, de acordo com a idade da criança e percentil (25%, 75%, 90%). Dessa forma, o resultado do teste para cada item foi classificado em: - normal - quando a criança executou a atividade prevista para a idade ou não executou uma atividade realizada por menos de 75% das crianças da mesma idade; - cuidado (atenção) - quando a criança não executou ou se recusou a realizar a atividade já feita por 75 a 90% das crianças daquela idade; - atraso - quando a criança não

executou ou se recusou a realizar a atividade já executada por mais de 90% das crianças daquela idade.

3ª etapa: Classificação geral do domínio a partir da avaliação dos itens, segundo a escala de Denver II

Foram revisados os resultados de todos os itens de cada domínio para que fosse possível estabelecer a classificação geral. Esse foi expressa por: - normal - quando a criança não apresentou nenhum “atraso” ou, no máximo, um cuidado; - risco - quando a criança apresentou dois ou mais “cuidados” e/ou um ou mais “atrasos”; - não testável - quando a criança se recusou a realizar a atividade em um ou mais itens, de acordo com a linha da idade (MORAES, 2010).

Para a condução do TTDD-II, foram utilizados os seguintes materiais: chocalho, figuras (gato, cachorro, pássaro e menino), copo com boca larga, colher, pompom vermelho, uvas passas, cubos/blocos de empilhar, recipiente com diâmetro maior que os cubos/blocos, folhas de papel sem pauta, lápis de cor ou grafite e brinquedos variados (bola de futebol, carro e boneca pequena de plástico).

Para a coleta, a equipa do projeto recebeu um treinamento através da plataforma google meet, de como lidar com o questionário e principalmente sobre aplicação e interpretação de Teste Denver II, e, assim esclarecer possíveis dúvidas aos participantes.

Vale ressaltar que, em todas as etapas aqui descritas, foram cumpridas as medidas recomendadas para controle da infecção por coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), incluindo desde a utilização de máscara e distanciamento de pelo menos 1 metro entre as pessoas presentes nos locais de coleta de dados ao uso de álcool para higienização das mãos e dos materiais utilizados pelos participantes e equipe do projeto (NETO; BORTOLUZZI; FREITAS, 2020). Foram feitas ainda a higienização e a assepsia dos locais de coleta.

4.7. Análise de dados

Os dados obtidos foram organizados no Excel for Windows, versão 2013, e analisados pelo programa Epi Info, versão 7.2.1.0. Foi realizada análise descritiva, obtendo-se as frequências relativas e absolutas das variáveis categóricas. Para avaliar a relação entre as variáveis categóricas, foi aplicado o Teste de Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fisher, adotando-se o nível de significância de 5%.

4.8. Risco e benefícios

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes, a saber: - constrangimento social, pela estigmatização associada à participação em pesquisas e menção do estado civil, grau de escolaridade, profissão e quantidade de pessoas que residiam na mesma casa; - constrangimento cultural, pela exposição dos hábitos relacionados à alimentação e à higiene oral; - constrangimento econômico, pela menção do benefício social e renda mensal; - constrangimento moral, pelo registro de aspectos relacionados ao período gestacional; - constrangimento da criança pelo registro de seu peso e estatura.

Entretanto, esses possíveis riscos foram minimizados pelo fato do projeto assegurar a confidencialidade, privacidade e proteção da imagem dos participantes, além de garantir o acesso restrito (apenas da equipe do projeto) às informações coletadas. Além do que, a equipe foi capacitada para todas as etapas de coleta de dados, inclusive na abordagem confidencial dos participantes, de forma a evitar ao máximo os possíveis tipos de constrangimentos apresentados acima.

A condução do presente estudo poderá fornecer subsídios para a realização de ações educativas e melhoria nas políticas públicas que promovam a saúde geral e bucal e os hábitos de vida saudáveis do público estudado. Esses achados poderão ainda orientar os profissionais para uma prática clínica mais adequada. Assim, poder-se-á prevenir as manifestações orais e aquelas ligadas ao crescimento e ao desenvolvimento infantil, bem como suas complicações, capazes de causar danos à saúde e acarretar uma maior demanda aos serviços de saúde, além de um custo maior para o tratamento.

Vale ressaltar que os participantes da pesquisa poderão contribuir para a realização de ações de promoção, de manutenção e de restabelecimento da saúde bucal e geral de crianças atendidas nas unidades básicas de saúde de Acarape e de outros municípios do Maciço de Baturité, bem como no desenvolvimento de outros projetos e pesquisas que abordem problemas de saúde apresentados por esse público e possíveis soluções.

4.9. Aspectos éticos

Foram observados os princípios éticos da pesquisa científica, que expressa preocupação com a dimensão ética, assegurando o caráter confidencial e ausência de prejuízo, físico, financeiro ou emocional para o pesquisado e todas as garantias ao participante, preconizadas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2016).

Esta pesquisa minimizou os danos aos participantes e evitou os riscos previsíveis, no âmbito físico, moral, intelectual, social, psíquico, cultural ou espiritual, a curto e longo prazo, cumprindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram garantidas a autonomia dos sujeitos, não maleficência e beneficência da pesquisa.

Todos os participantes receberam o TCLE, no qual todas as informações foram asseguradas a eles. Foram esclarecidos os seus direitos e dúvidas, e, após aceitarem participar da pesquisa, assinaram o referido documento, em duas vias, **permanecendo um com o participante e o outro com a equipe do estudo**. Foram garantidos o direito e a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, **sem qualquer prejuízo**.

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab) e aprovado, conforme CAAE 88014218.5.0000.5576 e número do parecer 3.399.050 (ANEXO B).

5. RESULTADOS

5.1. Características socioeconômicas de mães de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito

A Tabela 1 descreve as características socioeconômicas e demográficas de mães das crianças participantes do estudo. Das 70 genitoras, 87,14% (n = 61) tinham idade inferior ou igual a 30 anos, 57,14% (n = 40) se autodeclararam pardas, 52,86% (n = 37) eram casadas e 74,29% (n = 52) tinham até o ensino fundamental completo. Em relação à profissão/ocupação, 52,86% (n = 37) delas exerciam atividades domésticas (“do lar/dona de casa”).

Sobre a renda familiar mensal, 90,00% (n = 63) das pesquisadas tinham renda de até um salário mínimo. Com respeito ao benefício social, 71,43% (n = 50) das mães afirmaram receber algum tipo de benefício, especialmente o Bolsa Família (52,86% - n = 37). Das participantes, 54,29% (n = 38) residiam em casa alugada e 90,00% (n = 63) conviviam com até cinco pessoas por domicílio.

Tabela 1 - Características socioeconômicas de mães de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis (N = 70)	N	%
Idade		
≤ 30 anos	61	87,14
> 30 anos	9	12,86
Cor/raça		
Branca	16	22,86
Parda	40	57,14
Preta	14	20,00
Estado civil		
Solteira	33	47,14
Casada	37	52,86
Escolaridade		
≤ Ensino Fundamental Completo	52	74,29
> Ensino Fundamental Completo	18	25,71
Profissão/Ocupação		
Do lar/Dona de casa	37	52,86

Estudante	15	21,43
Outros ⁽¹⁾	18	25,72
Residência		
Própria	24	34,29
Alugada	38	54,29
Cedida	8	11,43
Benefício social		
Sim	50	71,43
Não	20	28,57
Tipo de benefício social		
Bolsa Família	37	52,86
Auxílio UNILAB	13	18,57
Renda familiar⁽²⁾		
≤ 1 salário mínimo	63	90,00
> 1 salário mínimo	7	10,00
Quantidade de pessoas por domicílio		
≤ 5 pessoas	63	90,00
> 5 pessoas	7	10,00

¹Funcionária do setor público, funcionária do setor privado ou desempregada; ²Salário mínimo correspondente a R\$ 1.100,00.

5.2.Aspectos relacionados ao período gestacional, amamentação e histórico familiar de óbito infantil de mães de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito

A Tabela 2 descreve os dados referentes ao período gestacional de mães das crianças participantes do estudo. Das 70 genitoras, 64,29% (n = 45) afirmaram ter planejado a gravidez e 61,43% (n = 43) tinham idade inferior ou igual a 25 anos na gestação. Em relação ao tipo de parto, 65,71% (n = 46) das participantes foram submetidas ao parto cesárea. No que diz respeito ao pré-natal, todas as pesquisadas afirmaram realizá-lo e 75,71% (n = 53) compareceram a 7 ou mais consultas de pré-natal. Sobre o hábito de fumar e o consumo de bebida alcoólica, 91,43% (n = 64) e 88,57% (n = 62) das mães afirmaram não ter esse hábito ou esse consumo durante a gestação, respectivamente. No tocante à amamentação, 97,14% (n = 68) das participantes tinham amamentado ou estavam amamentando seus filhos, das quais

58,82% (n = 40) ainda amamentavam e 86,76% (n = 59) tinham alimentado ou alimentavam suas crianças com aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. Quanto ao histórico familiar de óbitos de crianças menores de 5 anos, 94,29% (n = 66) das mães afirmaram não ter esse tipo evento na família.

Tabela 2- Aspectos relacionados ao período gestacional, amamentação e histórico familiar de óbito infantil de mães de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis (N = 70)	N	%
Planejamento da gravidez		
Sim	45	64,29
Não	25	35,71
Idade no período gestacional		
≤ 25 anos	43	61,43
> 25 anos	27	38,57
Tipo de parto		
Normal	24	34,29
Cesárea	46	65,71
Pré-natal		
Sim	70	100,00
Não	0	0,00
Consultas/pré-natal		
De 4 a 6 pré-natal	17	24,29
De 7 ou mais pré-natal	53	75,71
Hábito de fumar		
Sim	6	8,57
Não	64	91,43
Consumo de bebida alcóolica		
Sim	8	11,43
Não	62	88,57
Amamentação		
Sim	68	97,14
Não	2	2,86
Aleitamento materno exclusivo até		

6 meses		
Sim	59	86,76
Não	9	13,24
Em aleitamento materno		
Sim	40	58,82
Não	28	41,18
História familiar de óbito de crianças menores de 5 anos		
Sim	4	5,71
Não	66	94,29

5.3. Características biológicas, acompanhamento pelo serviço de saúde e busca por atendimento odontológico de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito

A Tabela 3 descreve as características biológicas, o acompanhamento pelo serviço de saúde e a busca por atendimento odontológico das crianças participantes do estudo. Das 70 pesquisadas, 51,43% (n = 36) eram do sexo feminino, 81,43% (n = 57) tinham idade menor ou igual a 12 meses e 60,00% (n = 42) eram pardas. Em relação à idade gestacional do recém-nascido, 81,43% (n = 57) das crianças nasceram a termo. Quanto ao acompanhamento pelo serviço de saúde e busca por atendimento odontológico, todas as participantes e 94,29% (n = 66) delas eram acompanhadas por esse tipo de serviço e nunca procuraram por essa espécie de assistência, respectivamente.

Tabela 3 – Características biológicas, acompanhamento pelo serviço de saúde e busca por atendimento odontológico de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis (N = 70)	N	%
Sexo		
Feminino	36	51,43
Masculino	34	48,57
Idade		

≤ 12 meses	57	81,43
>12 meses	13	18,57
Cor/raça		
Branca	15	21,43
Parda	42	60,00
Preta	13	18,53
Classificação da idade gestacional do recém-nascido		
Pré-termo	10	14,29
A Termo	57	81,43
Pós-termo	3	4,29
Acompanhamento pelo serviço de Saúde		
Sim	70	100,00
Não	0	0,00
Busca por atendimento odontológico		
Sim	4	5,71
Não	66	94,29

5.4. Consumo de alimentos cariogênicos e demais tipos de alimentos pelas crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito

A Tabela 4 descreve o consumo de alimentos cariogênicos pelas crianças participantes do estudo. Das 70 pesquisadas, 32,00% (n = 23) afirmaram consumir bolacha doce/recheada às vezes e 18,57% (n = 13) e 17,14% (n = 12) tinham sempre o hábito de consumir chiclete/balas/pirulito e chocolate, respectivamente. Em relação à ingestão de leite com açúcar e refrigerante, 27,14% (n = 19) e 17,14% (n = 12) das crianças os consumiam às vezes, respectivamente. Quanto ao suco de frutas com açúcar e achocolatado, 42,86% (n = 30) e 24,29% (n = 17) das participantes relataram bebê-los sempre.

Tabela 4 - Consumo de alimentos cariogênicos pelas crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis (N = 70)	N	%
Bolacha doce/recheada		
Sempre	14	20,00
Às vezes	23	32,00
Chiclete/balas/pirulito		
Sempre	13	18,57
Às vezes	12	17,14
Chocolate		
Sempre	12	17,14
Às vezes	8	11,43
Leite com açúcar		
Sempre	15	21,43
Às vezes	19	27,14
Suco de frutas com açúcar		
Sempre	30	42,86
Às vezes	11	15,71
Refrigerante		
Sempre	8	11,43
Às vezes	12	17,14
Achocolatado		
Sempre	17	24,29
Às vezes	8	11,43

No que diz respeito à alimentação diária no café da manhã, 70,00% (n = 49) das crianças ingeriam, além do leite materno, mingau/papa, frutas, iogurte e cereais. No almoço, 64,29% (n = 45) das pesquisadas consumiam arroz, macarrão, feijão, frango, papa de frutas e de legumes e suco. No jantar, 87,14% (n = 61) das participantes consumiam arroz, feijão, frango, sopa, papa e suco, além do leite materno.

5.5. Classificação do estado nutricional de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito, de acordo com os índices antropométricos recomendados pela Organização Mundial da Saúde

A Tabela 5 descreve o estado nutricional das crianças participantes do estudo, de acordo com os índices antropométricos recomendados pela OMS. Em relação à estatura/idade, 50,00% (n = 17) e 51,43% (n = 18) dos pesquisados do sexo masculino e do sexo feminino tinham baixa estatura para a idade, respectivamente. No que diz respeito ao peso/idade, 64,71% (n = 22) e 57,14% (n = 20) dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino apresentaram peso adequado para a idade, respectivamente. Sobre o peso/estatura, 32,35% (n = 11) e 37,14% (n = 13) das crianças do sexo masculino e do sexo feminino foram classificados como eutróficos, respectivamente. Com respeito ao Índice Massa Corporal (IMC)/idade, 32,35% (n = 11) e 34,29% (n = 12) dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino eram eutróficos, respectivamente.

Tabela 5 - Classificação do estado nutricional de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito, de acordo com os índices antropométricos recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis (N = 69)	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Estatura/idade¹				
Muito baixa estatura para a idade	3	8,82	4	11,43
Baixa estatura para a idade	17	50,00	18	51,43
Estatura adequada para a idade	14	41,18	13	37,14
Peso/idade¹				
Muito baixo peso para a idade	0	0,00	2	5,71
Baixo peso para a idade	10	29,41	11	31,43
Peso adequado para a idade	22	64,71	20	57,14
Peso elevado para a idade	2	5,88	2	5,71
Peso/estatura¹				
Magreza acentuada	0	0,00	0	0,00
Magreza	10	29,41	5	14,29
Eutrofia	11	32,35	13	37,14

Risco de sobrepeso	5	14,71	10	28,57
Sobrepeso	3	8,82	4	11,43
Obesidade	5	14,71	3	8,57
IMC²/idade¹				
Magreza acentuada	1	2,94	0	0,00
Magreza	9	26,47	8	20,89
Eutrofia	11	32,35	12	34,29
Risco de sobrepeso	5	14,71	7	20,00
Sobrepeso	4	11,76	3	8,57
Obesidade	4	11,76	5	14,29

¹Medidas antropométricas analisadas pelo escore z e classificadas conforme corte preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2009); ²IMC- Índice de Massa Corporal

5.6. Hábitos de higiene oral de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito

A Tabela 6 descreve os hábitos de higiene oral das crianças participantes do estudo. Das 70 pesquisadas, 87,14% (n = 61) tinham seus dentes/gengiva higienizados por seus pais ou responsável, realizado pelo uso de escova dental, dentifrício e fralda embebida em água. Sobre a frequência de higienização, 51,43% (n = 36) das crianças eram submetidas a esse processo duas vezes ao dia, pela manhã e à noite. Com respeito à frequência de substituição da escova dental, das 41 crianças que faziam uso, 70,73% (n = 29) a trocavam até 3 meses.

Tabela 6 - Hábitos de higiene oral de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis (N = 70)	N	%
Higienização dentária/gengival		
Sim	61	87,14
Não	9	12,86
Frequência de higienização dentária/gengival		

Uma vez ao dia	14	20,00
Duas vezes ao dia	36	51,43
Três vezes ao dia	11	15,71
Horário de higienização dentária/gengival		
Manhã	14	20,00
Manhã e noite	36	51,43
Manhã, tarde e noite	11	15,71
Frequência de substituição da escova dental		
Até 3 meses	29	41,43
Nunca ou acima de 3 meses	12	17,14

5.7.Avaliação do desenvolvimento psicossocial e de linguagem de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito

A Tabela 7 descreve o desenvolvimento psicossocial e de linguagem das crianças participantes do estudo. Dos 284 testes conduzidos para avaliar o desenvolvimento psicossocial, 86,27% (n = 245) foram realizados em plenitude pelas pesquisadas. Dos 356 testes efetuados para analisar o desenvolvimento da linguagem, 82,02% (n = 292) foram efetivados pelas crianças.

No que se refere ao resultado da avaliação pelo número de testes, 94,01% (n = 267) e 91,01% (n = 324) apontaram normalidade para o desenvolvimento psicossocial e de linguagem das crianças, respectivamente. Em relação à avaliação geral, 91,43% (n = 64) e 87,14% (n = 61) das crianças eram “normais” em termos de domínio psicossocial e de linguagem, respectivamente.

Tabela 7 - Avaliação do desenvolvimento psicossocial e de linguagem de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	Desenvolvimento psicossocial		Desenvolvimento de linguagem	
	N	%	N	%
Quantitativo de testes efetivados ou não pelas crianças (n = 640)				
Sim	245	86,27	292	82,02
Não	39	13,73	64	17,98
Resultado da avaliação das crianças pelo número de testes efetivados (n = 640)				
Normal	267	94,01	324	91,01
Cuidado	10	3,52	22	6,18
Atraso	7	2,46	10	2,81
Classificação geral da avaliação (n = 70)				
Normal	64	91,43	61	87,14
Risco	6	8,57	9	12,86

5.8. Avaliação do desenvolvimento físico (motor fino e motor grosso) de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito.

A Tabela 8 descreve o desenvolvimento físico (motor fino e grosso) das crianças participantes do estudo. Dos 213 testes conduzidos para avaliar o desenvolvimento motor fino, 93,43% (n = 199) foram realizados com êxito pelas crianças. Dos 231 testes efetuados para analisar o desenvolvimento motor grosso, 93,07% (n = 215) foram efetivados pelas crianças.

No que se refere ao resultado da avaliação pelo número de testes, 96,71% (n = 206) e 96,97% (n = 224) apontaram normalidade para o desenvolvimento motor fino e motor grosso

das crianças, respectivamente. Em relação à avaliação geral, 97,14% (n = 68) e 97,14% (n = 68) das crianças eram “normais” em termos de domínio motor fino e grosso, respectivamente.

Tabela 8 - Avaliação do desenvolvimento físico (motor fino e motor grosso) de crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	Motor Fino		Motor Grosso	
	N	%	N	%
Quantitativo de testes efetivados ou não pelas crianças (n = 444)				
Sim	199	93,43	215	93,07
Não	14	6,57	16	6,93
Resultado da avaliação das crianças pelo número de testes efetivados (n = 444)				
Normal	206	96,71	224	96,97
Cuidado	4	1,88	5	2,16
Atraso	3	1,41	2	0,87
Classificação geral da avaliação (n = 70)				
Normal	68	97,14	68	97,14
Risco	2	2,8	2	2,86

5.9. Associação entre as variáveis relacionadas à gestação e o crescimento das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito

A Tabela 9 descreve a associação entre as variáveis relacionadas à gestação e o crescimento das crianças participantes do estudo. No tocante ao número de consultas de pré-natal e o crescimento infantil, observou-se uma associação significativa entre a gestante ter realizado mais de 6 consultas de pré-natal e o filho apresentar uma relação IMC/Idade

inadequada ($p = 0,0127$). Sobre o consumo de bebida alcoólica no período gestacional, verificou-se uma associação significativa entre a gestante não ter ingerido esse tipo de bebida nesse período e o filho apresentar uma relação Peso/Idade adequada ($p = 0,0071$).

Quanto ao tempo de nascimento, houve uma associação significativa entre a gestante ter concebido o filho com, no mínimo, 9 meses de período gestacional e esse apresentar uma relação Peso/Idade adequada ($p = 0,0397$) e Estatura/Idade inadequada ($p = 0,0362$). Identificou-se uma associação significativa entre a gestante ter se submetido ao parto cesárea e o filho apresentar uma relação Peso/Idade adequada ($p = 0,0000$) e Estatura/Idade inadequada ($p = 0,0362$).

Tabela 9 – Associação entre as variáveis relacionadas à gestação e o crescimento das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	Peso/Idade n (%)		Estatura/Idade n (%)		IMC/Idade n (%)		Valor de P
	AD ^a	IN ^b	AD ^a	IN ^b	AD ^a	IN ^b	
Nº consultas pré-natal							
≤ 6	11	6	8	9	10	7	
	64,71	35,29	47,06	52,94	58,82	41,18	
> 6	31	21	19	33	13	39 ^{1*}	P<0,05
	59,62	40,38	36,54	63,46	25,00	75,00	
Hábito de fumar na gestação							
Sim	3	0	2	1	1	2	
	100,00	0,00	66,67	33,33	33,33	66,67	
Não	39	27	25	41	22	44	P>0,05
	59,09	40,91	37,88	62,12	33,33	66,67	
Consumo de bebida alcoólica na gestação							
Sim	0	5	2	3	1	4	
	0,00	100,00	40,00	60,00	20,00	80,00	
Não	42 ^{2*}	22	25	39	22	42	P<0,05
	65,63	34,38	39,06	60,94	34,38	65,63	

Tempo de nascimento							
< 9 meses	9	1	7	3	5	5	
	90,00	10,00	70,00	30,00	50,00	50,00	
≥ 9 meses	33 ^{3*}	26	20	39 ^{4*}	18	41	P<0,05
	55,93	44,07	33,90	66,10	30,51	69,49	
Tipo de parto							
Normal	14	9	7	3	5	5	
	60,87	39,13	70,00	30,00	50,00	50,00	
Cesárea	28 ^{5*}	18	20	39 ^{6*}	18	41	P<0,05
	60,87	39,13	33,90	66,10	30,51	69,49	
Amamentação							
Sim	41	26	26	41	21	46	
	61,19	38,81	38,81	61,19	31,34	68,66	
Não	1	1	1	1	2	0	P>0,05
	50,00	50,00	50,00	50,00	100,00	0,00	

^aAD - Adequado; ^bIN - Inadequado; ^cIMC- Índice de Massa Corporal; *Teste exato de Fisher. ¹P = 0,0127; ²P = 0,0071; ³P = 0,0397; ⁴P = 0,0362; ⁵P = 0,0000; ⁶P = 0,0362.

5.10.Associação entre os hábitos alimentares e o crescimento das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito

A Tabela 10 descreve a associação entre os hábitos alimentares e o crescimento das crianças participantes do estudo. Sobre os hábitos alimentares e o crescimento, identificou-se uma associação significativa entre a criança consumir bolacha doce/recheada, não ingerir sobremesa e apresentar uma relação IMC/Idade inadequada ($p = 0,0392$; $p = 0,0293$, respectivamente). Em relação a refresco em pó, observou-se uma associação significativa entre a criança não ingerir esse tipo de bebida e apresentar uma relação Peso/Idade adequada ($p = 0,0307$).

Tabela 10 – Associação entre os hábitos alimentares e o crescimento das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	Peso/Idade		Estatura/Idade		IMC/Idade		Valor de P
	n (%)		n (%)		n (%)		
	AD ^a	IN ^b	AD ^a	IN ^b	AD ^a	IN ^b	
Bolacha doce/recheada							
Sim	33	24	22	35	22	35 ^{1*}	
	57,89	75,00	38,60	61,40	38,60	61,40	
Não	9	3	5	7	1	11	P<0,05
	75,00	25,00	41,67	58,33	8,33	91,67	
Sobremesa							
Sim	20	11	15	16	10	21	
	64,52	35,48	48,39	51,61	32,26	67,74	
Não	22	16	12	26	13	25 ^{2*}	P<0,05
	57,89	42,11	31,58	68,42	34,21	65,79	
Chiclete/bala/pirulito							
Sim	11	4	7	8	6	9	
	73,33	26,67	46,67	53,33	40,00	60,00	
Não	31	23	20	34	17	37	P>0,05
	57,41	42,59	37,04	62,96	31,48	68,52	
Chocolate							
Sim	7	2	5	4	4	5	
	77,78	22,22	55,56	44,44	44,44	55,56	
Não	35	25	22	38	19	41	P>0,05
	58,33	41,67	36,67	63,33	31,67	68,33	
Café com açúcar							
Sim	0	1	0	1	0	1	
	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	
Não	42	26	27	41	23	45	P>0,05
	61,76	38,24	39,71	60,29	33,82	66,18	
Leite com açúcar							
Sim	16	7	8	15	7	16	
	69,57	30,43	34,78	65,22	30,43	69,57	
Não	26	20	19	27	16	30	P>0,05

	56,52	43,48	41,30	58,70	34,78	65,22	
Suco de fruta com açúcar							
Sim	26	14	18	22	16	24	
	65,00	35,00	45,00	55,00	40,00	60,00	
Não	16	13	9	20	7	22	P>0,05
	55,17	44,83	31,03	68,97	24,14	75,86	
Suco de caixa							
Sim	2	0	2	0	2	0	
	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00	
Não	40	27	25	42	21	46	P>0,05
	59,70	40,30	37,31	62,69	31,34	68,66	
Refrigerante							
Sim	9	8	6	11	7	10	
	52,94	47,06	35,29	64,71	41,18	58,82	
Não	33	19	21	31	16	36	P>0,05
	63,46	36,54	40,38	59,62	30,77	69,23	
Refresco em pó							
Sim	1	5	2	4	1	5	
	16,67	83,33	33,33	66,67	16,67	83,33	
Não	41 ^{3*}	22	25	38	22	41	P<0,05
	65,08	34,92	39,68	60,32	34,92	65,08	

^aAD - Adequado; ^bIN - Inadequado; ^cIMC- Índice de Massa Corporal; *Teste exato de Fisher. ¹P = 0,0392; ²P = 0,0293; ³P = 0,0307.

5.11.Associação entre as condições socioeconômicas, o acompanhamento pelo serviço de saúde e os hábitos de higiene oral das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito

A Tabela 11 descreve a associação entre as condições socioeconômicas, o acompanhamento pelo serviço de saúde e os hábitos de higiene oral das crianças participantes do estudo. No que diz respeito às condições socioeconômicas e os meios de higiene oral, observou-se uma associação significativa entre a mãe ter escolaridade superior ao ensino

fundamental incompleto e higienizar os dentes/gengiva do filho com escova dental e dentifrício (p = 0,0305).

Tabela 11 – Associação entre as condições socioeconômicas, o acompanhamento pelo serviço de saúde e os hábitos de higiene oral das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	Higienização dentária/gengival		Meios utilizados na higienização dentária/gengival		Valor de P
	n (%)		n (%)		
	Sim	Não	AMFG ^a	EDD ^b	
Grau de escolaridade materno					
≤ Ensino Fundamental Incompleto	13	4	4	9	
	76,47	23,53	30,77	69,23	
> Ensino Fundamental Incompleto	48	5	16	32 ^{1*}	P<0,05
	90,57	9,43	33,33	66,67	
Renda mensal média familiar					
≤ 1 salário mínimo	60	9	20	40	
	86,96	13,04	33,33	66,67	
> 1 salário mínimo	1	0	0	1	P>0,05
	100,00	0,00	0,00	100,00	
Acompanhamento pelo serviço de saúde					
Sim	61	9	20	41	
	87,14	12,86	32,79	67,21	
Não	0	0	0	0	P>0,05
	0,00	0,00	0,00	0,00	
Busca por atendimento odontológico					
Sim	4	0	1	3	
	100,00	0,00	25,00	75,00	
Não	57	9	19	38	P>0,05
	86,36	13,64	33,33	66,67	

^aAMFG - Água morna, fralda e gaze; ^bEDD - Escova dental e dentifrício; *Teste exato de Fisher. ¹P = 0,0305.

5.12. Associação entre os hábitos alimentares e os de higiene oral das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito

A Tabela 12 descreve a associação entre os hábitos alimentares e os de higiene oral das crianças participantes do estudo. Quanto ao consumo de bolacha doce/recheada e refrigerante e os meios utilizados na higienização dentária/gengival da criança, observou-se uma relação significativa entre ingerir esse tipo de bolacha, não consumir esse tipo de bebida e usar escova dental e dentifrício na higienização oral ($p = 0,0321$; $p = 0,0346$, respectivamente).

Em relação ao consumo de sobremesa e chiclete/bala/pirulito e os meios utilizados na higienização dentária/gengival da criança, identificou-se uma associação significativa entre ingerir sobremesa, não consumir chiclete/bala/pirulito e usar escova dental e dentifrício na higienização oral ($p = 0,0000$; $p = 0,0026$, respectivamente).

No que diz respeito ao consumo de chocolate e os meios utilizados na higienização dentária/gengival, houve uma associação significativa entre não consumir esse tipo de guloseima e usar escova dental e dentifrício na higienização oral ($p = 0,0202$). Quanto ao leite com açúcar, constatou-se uma associação significativa entre ingerir esse tipo de bebida e utilizar água morna, fralda e gaze na higienização dentária/gengival ($p = 0,0025$). Em relação a suco de frutas com açúcar, identificou-se uma associação significativa entre ingerir esse tipo de bebida e usar escova dental e dentifrício na higienização dentária/gengival ($p = 0,0000$).

Tabela 12 – Associação entre os hábitos alimentares e os de higiene oral das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito. Acarape – Ceará, Brasil, 2021.

Variáveis	Higienização dentária/gengival		Meios utilizados na higienização dentária/gengival		Valor de P
	n (%)		n (%)		
	Sim	Não	AMFG ^a	EDD ^b	
Bolacha doce/recheada					
Sim	51	7	14	37 ^{1*}	
	87,93	12,07	27,45	72,55	
Não	10	2	6	4	P<0,05
	83,33	16,67	60,00	40,00	
Refrigerante					

Sim	15	3	2	13	
	83,33	16,67	13,33	86,67	
Não	46	6	18	28 ^{2*}	P<0,05
	88,46	11,54	39,13	60,87	
Sobremesa					
Sim	29	3	2	27 ^{3*}	
	90,63	9,38	6,90	93,10	
Não	32	6	18	14	P<0,05
	84,21	15,79	56,25	43,75	
Chiclete/bala/pirulito					
Sim	13	2	0	13	
	86,67	13,33	0,00	100,00	
Não	48	7	20	28 ^{4*}	P<0,05
	87,27	12,73	41,67	58,33	
Chocolate					
Sim	9	1	0	9	
	90,00	10,00	0,00	100,00	
Não	52	8	20	32 ^{5*}	P<0,05
	86,67	13,33	38,46	61,54	
Café com açúcar					
Sim	2	0	0	2	
	100,00	0,00	0,00	100,00	
Não	59	9	20	39	P>0,05
	86,76	13,24	33,90	66,10	
Leite com açúcar					
Sim	22	2	2 ^{6*}	20	
	91,67	8,33	9,09	90,91	
Não	39	7	18	21	P<0,05
	84,78	15,22	46,15	53,85	
Suco de fruta com açúcar					
Sim	38	3	4	34 ^{7*}	
	92,68	7,32	10,53	89,47	
Não	23	6	16	7	P<0,05

	79,31	20,69	69,57	30,43	
Suco de caixa					
Sim	1	1	0	1	
	50,00	50,00	0,00	100,00	
Não	60	8	20	40	P>0,05
	88,24	11,76	33,33	66,67	
Refresco em pó					
Sim	4	2	1	3	
	66,67	33,33	25,00	75,00	
Não	57	7	19	38	P>0,05
	89,06	10,94	33,33	66,67	

^aAMFG - Água morna, fralda e gaze; ^bEDD - Escova dental e dentifrício; *Teste exato de Fisher. ¹P = 0,0321; ²P = 0,0346; ³P = 0,0000; ⁴P = 0,0026; ⁵P = 0,0202; ⁶P = 0,0025; ⁷P = 0,0000.

6. DISCUSSÃO

Quando avaliada a idade das mães das crianças participantes do estudo, o predomínio da faixa etária inferior ou igual a 30 anos, resultado que divergiu de Pinto et al. (2018) e Marchezini et al. (2018), corrobora com os dados do Censo Demográfico 2010. Segundo esse levantamento, 75,4% das mulheres de 25 a 29 anos que residem em zona rural já são mães (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010).

No que concerne à predominância de participantes mães da cor/raça parda, esse fenômeno pode refletir as características da população que habita a região onde a pesquisa foi desenvolvida (FAGUNDES et al., 2013; HARTMANN; CESAR, 2013). Quanto ao estado civil, o destaque para a condição de casada reforça o estudo de Guibui et al. (2017), os quais relataram que 62,0% dos usuários que frequentavam os serviços de Atenção Primária à Saúde eram casados.

Particularmente, esse último achado não foi surpreendente, já que o casamento está vinculado à constituição de uma família e que, no meio rural nordestino, apesar das alterações nas aspirações dos jovens, ainda predomina uma cultura conservadora que tem o casamento e a família como base da reprodução social e da expressão de gênero (MORAES; NASCIMENTO, 2020).

Quanto ao grau de escolaridade das mães, o baixo nível instrucional observado condiz com o registrado pelo IBGE (2010), na Região Nordeste, em que se aponta, entre os indicadores, uma importante desigualdade educacional. Este fenômeno também é indicado pela literatura (ANDRADE et al., 2017; BRITO et al., 2016; SANTOS et al., 2018).

Cabe destacar que, embora nos últimos anos o acesso à educação tenha se expandido nas diversas faixas etárias na Região Nordeste, a continuidade dos estudos da população ainda é um desafio, refletindo nas diversas esferas sociais, expondo, dentre outras lacunas, a deficiência na implementação da educação básica brasileira (RODRIGUES et al., 2017).

No que diz respeito à ocupação, o fato de um grande quantitativo de mães ter declarado exercer a atividade “do lar”, corroborando com Torquato et al. (2018), pode estar relacionado à maternidade. Realmente, no ambiente doméstico, a mulher dispõe de maior tempo para se dedicar à criança, favorecendo o desenvolvimento infantil (ORSIOLLI, 2019).

Esse resultado sugere a possibilidade do estabelecimento de uma estreita relação entre mãe e filho. Essa proximidade no ambiente domiciliar propicia o relacionamento afetivo entre mãe e filho, essencial ao longo dos primeiros anos de vida, por oportunizar o desenvolvimento saudável da criança. Do contrário, poderá acarretar prejuízos nos níveis cognitivo, emocional e social do infante (CAVALCANTE et al., 2017).

Quando avaliada a condição econômica das participantes, o baixo poder aquisitivo, associado ao recebimento de benefício social, especialmente o Bolsa Família, o que se assemelhou à Guibui et al. (2017), acentua a concepção de que programas de combate à pobreza, se não conjugados com políticas distributivas e de caráter estrutural, falham em promover o desenvolvimento igualitário, desencadeando, por sua vez, o distanciamento da visão do benefício como suporte social e aproximando a dependência econômica (MORAES; MACHADO, 2017).

Tais achados, sob a ótica do cuidado na puericultura, sugerem que o acompanhamento das crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde requer uma atenção especial acerca dos acometimentos e agravos relacionados à condição econômica. Esses podem envolver problemas bucais e transtornos de crescimento e desenvolvimento (TSUZUKI et al., 2018; GAUTERIO et al., 2012).

No tocante à prevalência de residência alugada entre as pesquisadas, muito embora tenha divergido do descrito por Magalhães et al. (2013), a literatura justifica que famílias economicamente desfavorecidas tendem a alugar imóveis, principalmente devido ao aporte insuficiente de subsídios e políticas públicas ineficientes (PASTERNAK; BOGUS, 2014).

Com relação à quantidade de moradores por domicílio, considerando que a coleta foi realizada na região urbana do município, o razoável número de indivíduos que residia na mesma casa pode advir do crescimento da população brasileira, o que acaba impulsionando a expansão das cidades, aliado a um forte movimento de urbanização. Além disso, o constante fluxo migratório rural-urbano tende a uma aglomeração populacional na cidade, podendo fundamentar o resultado aqui obtido (MONTEIRO; VERAS, 2017).

Quanto ao planejamento da gravidez, o grande número de participantes que teria programado a gestação pode ser entendido com base no elevado quantitativo de mães casadas nesse estudo. Sobre a idade na gestação, o achado aqui alcançado se assemelhou ao encontrado por Silva et al. (2015). Esses autores verificaram que 52,4% das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde, no município de Gurupi – Tocantins, tinham idade igual ou inferior a 25 anos.

Particularmente, esse dado não foi preocupante, já que a maternidade tardia é considerada quando a concepção acontece após os 35 anos de idade (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014). Além do que, o fato de que a faixa etária ideal para a maternidade está entre 20 e 29 anos (NUNES, 2013) e de que a maturidade biológica é obtida, quando a diferença entre a menarca e a primeira concepção é superior a cinco anos

(NEULS, 2019), permite sugerir que as participantes desse estudo não apresentaram uma gravidez de risco, se considerada a idade no período gestacional.

No tocante à prevalência de partos cesáreas, esse episódio pode ser um reflexo da conduta de profissionais de saúde, priorizando esse tipo de parto, visto que essa prevalência supera o recomendado pela OMS (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

Com respeito aos fatores relacionados à ocorrência de cesárea, o estudo de Oliveira et al. (2016) revelou que, no sistema público, esse tipo de parto está associado ao histórico prévio de cesárea e desejo de realizá-la no início da gestação, assim como à presença de sobrepeso/obesidade pré-gestacional e renda familiar per capita maior que um salário mínimo. No sistema privado, os fatores associados foram o desejo pela cesárea no início do período gestacional e a história prévia desse tipo de parto.

Sobre o fato de todas as participantes afirmarem ter realizado o pré-natal e a maioria ter feito, no mínimo, 7 consultas, esse dado representa atitudes conscientes por parte das pesquisadas, especialmente se admitido que o acompanhamento pré-natal é indispensável para assegurar o desenvolvimento pleno da gestação e a manutenção da saúde da mulher e da criança. Além do que, esse tipo de atendimento pode trabalhar psicossociais e promover atividades educativas e preventivas, evitando complicações durante a gestação e, conseqüentemente, riscos ou agravos ao feto (BRASIL, 2013; NUNES et al., 2016). Em relação ao número de consultas, o Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, 6 atendimentos, o que está de acordo com o encontrado na presente amostra (BRASIL, 2013).

Quanto à maioria das gestantes ter negado o consumo de bebida alcoólica e o hábito de fumar durante a gestação, esses dados são importantes tendo em vista que mulheres, ao usarem drogas na gravidez, como o tabaco e o álcool, podem prejudicar a saúde do feto e do recém-nascido, aumentando o risco de prematuridade, malformações congênitas, distúrbios comportamentais e disfunção no Sistema Nervoso Central, além de propiciarem distúrbios de peso e altura e a ocorrência de aborto espontâneo (SIQUEIRA et al., 2017). Essas atitudes podem ser justificadas se admitidos o amadurecimento e a responsabilidade que a gestação e a maternidade requerem da mulher, especialmente na instituição de cuidados da saúde da sua família.

Referente ao fato da maioria das pesquisadas ter realizado amamentação, ele reforça a conscientização das mães em relação à amamentação, tida como uma conduta voltada, não somente para a saúde materna e infantil, mas também para a prevenção de doenças não

transmissíveis, tais como câncer de mama, diabetes e obesidade. Esses efeitos podem ser observados ainda na redução das desigualdades (VICTORA et al., 2016).

Com respeito à amamentação exclusiva até 6 meses, o elevado percentual de mães que a praticaram/praticavam se adequa ao período indicado pela OMS. Nesse sentido, vale mencionar que o aleitamento materno exclusivo corresponde à ingestão de leite materno pela criança, sem adição de água, chá, suco e outros líquidos ou sólidos. Sua adesão pela mãe se associa a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, assim como uma resistência potencial a infecções.

Em referência a mais da metade das mães ainda estar amamentando os seus filhos no momento da pesquisa, esse fenômeno pode ocorrer se entendido que o aleitamento materno pode perdurar por até 2 anos, além do fato de ser ele um fator importante para o crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2013). É oportuno destacar que o quantitativo de participantes em amamentação foi ligeiramente superior à média geral do Brasil nos últimos anos (BOCCOLINI et al., 2017).

Pode-se supor ainda que esse significativo número de mães que estavam amamentando os seus filhos decorra de um avanço significativo no incentivo, adesão e manutenção do aleitamento materno. Se avaliado o estudo realizado em uma unidade hospitalar de Redenção – CE, no qual os pesquisadores relataram que 55,5% das crianças internadas não tinham mais acesso ao leite materno (MONTEIRO et al., 2017), o comportamento das mães desse trabalho frente ao aleitamento materno pode ser uma relevante estratégia para evitar problemas sérios de saúde da criança, capazes de causar hospitalização.

Relativamente ao reduzido número de mães com histórico familiar de óbito de crianças menores de 5 anos, esse resultado foi esperado se admitido que o Brasil alcançou, antecipadamente, as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Segundo essas metas, dever-se-ia ter uma redução de 2/3 da mortalidade de menores de cinco anos até 2015, além da diminuição da mortalidade de menores de cinco anos para menos de 25 por 1.000 nascidos vivos, atenuar a mortalidade neonatal para menos de 12 mortes por 1.000 nascidos vivos e eliminar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos (KALE et al., 2019).

Divergindo do presente trabalho, o estudo desenvolvido por Rissi et al. (2019) mostrou que as regiões Norte e Nordeste são as que apresentam as maiores taxas de mortalidade em menores de cinco anos decorrentes de causas evitáveis, especialmente desnutrição, condições

socioeconômicas e aspectos biológicos maternos desfavoráveis, associadas ao aumento de nascimento pré-termo.

Nesse contexto, é adequado destacar que a mortalidade em menores de cinco anos constitui um indicador chave para avaliar a situação de saúde da população. Dessa forma, o acompanhamento das taxas de mortalidade na infância representa uma oportunidade para o desenvolvimento de estratégias de medidas de prevenção direcionadas à redução do risco de morte nessa faixa etária por meio de políticas públicas relacionadas à saúde da criança (FRANÇA et al., 2017).

Quanto aos dados das crianças participantes, o predomínio do sexo feminino diferiu de Costa et al. (2015). Entretanto, corroborou com Santos et al. (2017) e Lounay et al. (2019), os quais obtiveram um predomínio de crianças do sexo feminino, ao investigar o perfil psicomotor das crianças de 0 a 12 meses atendidas em Unidade Básica de Saúde em Fortaleza e o perfil de crianças atendidas em puericultura e no Programa Saúde na Escola, respectivamente. Particularmente, esse resultado foi inesperado, posto que, em geral, no mundo, há um maior número de nascimentos de bebês do sexo masculino em comparação ao do sexo feminino (IBGE, 2016).

Sobre a idade das crianças, o grande quantitativo de participantes com idade menor ou igual a 12 meses, o que se assemelhou a Souza et al. (2020) e Lopes et al. (2020), pode estar associado ao fato de que, nessa fase, as mães buscam mais serviços de saúde, principalmente para a consulta de puericultura. Em relação à cor/raça, a preponderância do pardo pode estar vinculada à cor/raça das mães que, nessa pesquisa, autodeclararam ser pardas.

No que diz respeito à idade gestacional, se considerada a classificação em pré-termo (<37 semanas), a termo (37-42 semanas) e pós-termo (> 42 semanas), a grande maioria das crianças nasceu no período a termo, condição que favorece o crescimento e desenvolvimento infantil. Esse fenômeno pode resultar do fato de que todas as mães que participaram da pesquisa fizeram o pré-natal e a maioria realizou, no mínimo, 7 consultas, aspecto importante para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento fetal, além de evitar a ocorrência de fatores responsáveis pelo parto pré-termo. Esse achado reforça o estudo de Stalin et al. (2019) sobre o perfil das consultas de puericultura realizadas por enfermeiros, o qual concluiu que 83,05% das crianças incluídas tinham nascido a termo.

No que se refere ao acompanhamento pelo serviço de saúde, a questão de todas as crianças serem assistidas por esse tipo de serviço, achado tido como muito positivo, pode ser um reflexo da presença da gestante nas consultas de pré-natal e da regularidade nas consultas de puericultura, as quais devem perfazer um total de pelo menos sete no primeiro ano (BRASIL,

2015). Ainda, por essas consultas visarem acompanhar a saúde da criança, seu maior comparecimento nos primeiros meses de vida possibilita que as mães/responsáveis esclareçam suas dúvidas e preocupações (PEDRAZA et al., 2017; GOMES et al., 2015).

No que diz respeito à busca por atendimento odontológico, foi preocupante o elevado número de crianças que nunca recebeu esse tipo de assistência. Resultados muito discrepantes foram encontrados no estudo de Stalin et al. (2019), Rigo et al. (2016) e Stocco et al. (2011), nos quais 93,22%, 64,6% e 95% das crianças incluídas foram consultadas por odontólogos antes de completar 1 ano de vida, respectivamente. Essa discrepância pode ser uma consequência do período em que este estudo foi conduzido e da persistência do modelo de assistência curativo-reparador, no qual a doença se associa à lesão e o processo saúde-doença se restringe à dimensão anatomofisiológica.

Nesse sentido, a Associação Brasileira de Odontopediatria orienta que a primeira consulta do bebê com odontopediatra deve acontecer o quanto antes, de modo a favorecer a saúde oral da criança e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Realmente, nessa consulta, os pais ou responsáveis são orientados sobre comportamentos e cuidados com a saúde bucal da criança na primeira infância (STALIN et al., 2019).

Segundo as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a primeira consulta odontológica deve ocorrer aproximadamente entre os 6 meses de vida (período em que geralmente erupciona o primeiro dente) até 1 ano, o que pode reduzir as chances da necessidade de tratamento odontológico emergencial e de consultas de urgência ao longo da infância.

Quanto ao perfil alimentar das crianças, foi possível perceber hábitos alimentares inadequados. Nesse sentido, vale destacar que a nutrição inapropriada e a introdução incorreta da alimentação complementar podem impactar negativamente na saúde atual e futura da criança, principalmente, se vivenciadas precocemente, pois podem comprometer o processo de crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2010).

Em relação à ingestão de leite com açúcar, o razoável quantitativo de crianças que o bebiam ocasionalmente pode sugerir que a sua ingestão ocorria predominantemente sem a presença de açúcar, especialmente porque muitas ainda estavam recebendo o leite materno, e/ou quando realmente consumido, era feito em uma baixa frequência, conforme observado. Esse dado foi interessante, já que grande parte das mães não buscava atendimento odontológico para os seus filhos, o que poderia comprometer a sua conscientização quanto ao papel prejudicial do açúcar na saúde bucal e geral da criança. Entretanto, esse achado pode ser

melhor compreendido se admitido que, nas consultas de puericultura, a mãe era devidamente informada e orientada quanto a esse tipo de ingesta.

É válido ressaltar que a ingestão de leite é um hábito adquirido na infância e incentivado por programas e guias voltados ao consumo de produtos de origem animal na luta contra a desnutrição (VORSTER et al., 2013).

No tocante ao suco de frutas com açúcar, é possível que o elevado número de crianças e de sua frequência de ingestão mencionado nessa pesquisa esteja vinculado ao fato de que ele é uma bebida refrescante, saudável, que sacia a sede e apresenta valor nutricional, além de ser uma fonte natural de carboidratos, vitaminas, minerais e outros componentes importantes (FERREIRA; ALCÂNTARA, 2013). Pode-se propor ainda, como fundamentação para esse consumo, que o suco natural de frutas, ao ser acrescido de açúcar, melhora o sabor e facilita a aceitação pelo infante.

Quanto ao consumo de chiclete/bala/pirulito e chocolate, embora o total de crianças que tinham esse hábito foi relativamente baixo, a sua alta frequência foi preocupante, visto que esses alimentos estão relacionados a uma permanência maior na cavidade oral e a um aumento do Índice ceo-d (OLIVEIRA; BARBERINO; ROLDI, 2021). Associado a isso, eles representam alimentos ultraprocessados com elevado teor de açúcar que não devem ser ofertados à criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Para a bolacha doce/recheada, apesar da ingestão eventual, a quantidade significativa de crianças que consumia esse tipo de alimento pode decorrer do seu baixo custo, praticidade, sabor e divulgação à população como um alimento saudável (MONTEIRO; CANON, 2012; WHO, 2015). Sobre o refrigerante, o dado aqui obtido foi menos alarmante, posto que houve um menor número de infantes que o ingeriam e em uma menor frequência. É possível que esse fenômeno tenha ocorrido pela concepção que se tem de que essa bebida é prejudicial à saúde (BRANDÃO et al., 2021).

Nesse contexto, a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelou uma alta ingestão de alimentos não saudáveis, registrando-se, para 60,8% das crianças menores de 2 anos, o consumo de biscoito, bolacha ou bolo e, para 32,3% desse grupo, a ingesta de refrigerante ou suco artificial (IBGE, 2015). Esses dados são essencialmente importantes, pois tornam esse público vulnerável a patologias orais, como a cárie, e a doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, câncer, diabetes e doenças cardiovasculares e neurodegenerativas (BATIS et al., 2016; KATZ; MELLER, 2014; FRANÇA, 2018).

Além da investigação de alimentos cariogênicos, o estudo analisou o consumo alimentar nas três principais refeições. Essa avaliação se fundamenta na importância que a dieta exerce sobre o crescimento e desenvolvimento infantil. Além do que, em torno dos seis meses de vida, a criança já apresenta os reflexos necessários à deglutição, sustenta melhor a cabeça e inicia a erupção dos primeiros dentes, facilitando a mastigação. Ainda, nessa fase, ela aperfeiçoa seu paladar e estabelece suas preferências alimentares, iniciando um novo ciclo do seu desenvolvimento (BRASIL, 2015).

De acordo com a OMS, ao completar 6 meses de vida, é correto iniciar a alimentação complementar de forma gradual, oferecendo à criança alimentos *in natura* e minimamente processados, como frutas, legumes, verduras, tubérculos, grãos, cereais, ovos e carnes, visando a saúde, prevenindo doenças atuais e futuras e auxiliando no processo de crescimento e desenvolvimento. Essa oferta deve ocorrer em conformidade com os horários de refeição familiar, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite do infante (SOUZA et al., 2021; SOMBRA et al., 2017; SÁ et al., 2021).

Nesse sentido, vale enfatizar que o consumo desses alimentos deve ser estimulado porque, além de evitar a ingestão de alimentos não saudáveis, consta nas recomendações de promoção de alimentação complementar saudável, como forma de prevenir doenças crônicas não transmissíveis (BALDISSERA et al., 2016). Orienta-se ainda que seja ofertada uma maior variedade possível desses alimentos a crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Quando avaliado o consumo alimentar nas três principais refeições, os resultados desse trabalho apontaram uma ingestão de alimentos saudáveis pelas crianças, como frutas, verduras/legumes, frango e feijão, capazes de contribuir com o crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde (MARTINS, 2021). Esse achado condiz com o de Marques et al. (2013), realizado com 320 lactentes de 4 a 12 meses atendidos em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Belém – Pará. Conforme mencionado pelos autores, as frutas representavam o alimento mais relevante na dieta infantil, com destaque ainda para os legumes.

Nesse âmbito, salienta-se que uma dieta saudável e completa deve envolver todos os grupos de alimentos, os quais incluem desde carboidratos, proteínas, frutas, vegetais e laticínios a gorduras e açúcares. Contudo, eles devem ser ingeridos em proporções adequadas de forma a manter o equilíbrio dos macronutrientes (MARTINS, 2021).

Especificamente, a introdução de cereais, vegetais, feijão e frango observada entre as crianças desta pesquisa está de acordo com o recomendado. Esse achado corrobora com

Lopesa et al. (2018), os quais constataram o predomínio da ingestão desses alimentos entre as crianças investigadas. Quanto ao consumo de papa de legumes pelos infantes desse estudo, pesquisa desenvolvida com a população de Campinas - São Paulo apontou que 33,1% das mães ofereciam papa salgada com verduras e legumes (COELHO et al., 2015) aos seus filhos, fenômeno que reforça o dado aqui obtido. Sobre a ingestão de papa de fruta ou salgada, sua inserção na dieta infantil é recomendada a partir dos 6 meses, respeitando-se a evolução das crianças (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

No que se refere ao consumo de mingau, papa ou papinha (MIGUEL et al., 2018), esse alimento também foi citado no trabalho de Ferreira (2015), o qual evidenciou um consumo prevalente em crianças tanto menores quanto maiores de 1 ano. Todavia, de acordo com Teixeira et al. (2015), esse consumo nos primeiros anos de vida, principalmente antes de 1 ano, é contraindicado por ser um dos responsáveis por 20% das alergias alimentares, além de apresentar baixo nível de vitaminas C, D e E, quantidade inadequada de carboidratos e adição de outros açúcares.

Apesar da divergência na indicação, o mingau, tido como um alimento cremoso produzido a partir do cozimento em água ou leite de grãos de cereais ou de leguminosas, é tradicionalmente o primeiro alimento dado à criança quando se faz necessário o consumo de um alimento diferente do leite. Ele é ainda ofertado muitas vezes como um “pequeno almoço” (MIGUEL et al., 2018).

Quanto à sopa, sua ingestão foi também relatada em estudo realizado por Silva et al. (2016). De acordo com a literatura, a sopa é uma importante estratégia de se conseguir a ingestão pela criança em idade escolar de uma variedade de hortícolas de forma simples, contribuindo para uma boa aquisição de minerais e vitaminas (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS NUTRICIONISTAS, 2013). Seu consumo deve ser feito no almoço e no jantar e de forma diversificada, com diferentes sabores e cores, de forma a estimular a sua ingestão pela criança.

Considerando-se o consumo de alimentos aqui relatados, como papa, mingau e sopa, esses devem ter uma consistência que favoreça a mastigação, colaborando para o desenvolvimento da face e dos ossos da cabeça da criança, a instituição de uma respiração adequada e o aprendizado do ato de mastigar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Analisando os alimentos consumidos no café da manhã, segundo o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), essa

refeição deve ser constituída por leite materno, fruta, cereal e raízes e tubérculos, orientação que, em parte, divergiu do aqui descrito, por não incluir o mingau/papa e o iogurte.

Quanto ao mingau/papa, se considerado que, na sua composição, há grãos de cereais ou de leguminosas, seu consumo pelas crianças dessa pesquisa, no café da manhã, estaria em conformidade com o proposto pelo Guia. O mesmo não pode ser afirmado para o iogurte. Esse, se for de diferentes sabores ou do tipo petit suisse, não deve ser ingerido pela criança por se tratar de um alimento ultraprocessado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Para o almoço, o Guia aconselha a ingestão de cereais, raízes, tubérculos, feijão, legumes, verduras, carnes, ovos e fruta. Ao se avaliar as respostas das mães para essa refeição, os alimentos informados por elas estão em conformidade com o sugerido, exceto a oferta de suco. Pode-se observar ainda que a dieta adotada para o horário do almoço parece envolver apenas alimentos *in natura* ou minimamente processados, o que vai ao encontro do ditado pela literatura. Quanto ao suco, não se propõe o seu consumo porque, além de poder ter açúcar, sal e aditivos químicos, pode habituar a criança a saciar a sede com esse tipo de bebida, o que pode induzir excesso de peso e o desenvolvimento de doenças, como cárie e diabetes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Com respeito ao jantar, indica-se a oferta de leite materno e dos demais alimentos mencionados para o almoço. Dessa forma, comparando o que era ingerido pelas crianças do estudo e o sugerido pelo Guia, observa-se uma dieta adequada por parte das participantes, exceto pelo consumo de suco, papa e sopa. De fato, se concebido que a papa é composta por grãos de cereais ou de leguminosas, bem como que a sopa é constituída por legumes e hortaliças, a sua ingestão pelos infantes dessa pesquisa não seria contraindicada pelo Guia.

Nesse âmbito, alguns trabalhos têm mostrado que há muitas falhas na introdução ou manejo na alimentação da criança menor de dois anos (GIESTA et al., 2019; SANTOS et al., 2020). Realmente, um estudo desenvolvido por Relvas et al. (2019), em 13 Unidades de Atenção Primária à Saúde em Embu das Artes – São Paulo, na área urbana, com a participação de 198 mães de bebês entre 6 e 12 meses, concluiu que apenas $\frac{1}{4}$ das crianças estudadas apresentavam uma alimentação complementar adequada, enquanto os outros $\frac{3}{4}$ já haviam consumido alimentos não saudáveis, principalmente os ultraprocessados.

Diante dessas realidades, deve-se ressaltar a importância do envolvimento efetivo dos profissionais das Unidades de Atenção Básica à Saúde (SCHINCAGLIA et al., 2015). Reforçando essa necessidade, uma metanálise realizada por Sunguya et al. (2013) comprovou que a capacitação em nutrição dos profissionais de saúde nessas unidades melhorou

significativamente a ingestão energética, a frequência alimentar e a diversidade da dieta de crianças de 6 a 24 meses. Outro estudo constatou um resultado positivo na qualidade da alimentação infantil quando da atualização de profissionais de saúde sobre práticas da alimentação complementar (VITOLLO et al., 2014).

No que diz respeito à classificação nutricional, o fato de aproximadamente metade das crianças do sexo masculino e feminino dessa pesquisa apresentarem baixa estatura para a idade divergiu de Santos et al. (2015), os quais verificaram que 88,0% e 93,7% dos participantes do sexo masculino e feminino tinham estatura para idade adequada, respectivamente. Esse dado também contrastou com Tagliari et al. (2016), os quais apontaram que 83,3% e 82,3% das crianças do sexo masculino e feminino apresentavam estatura adequada para a idade, respectivamente.

Para o resultado acima, pode-se propor que ele provenha da baixa escolaridade das mães e, conseqüentemente, da menor adesão às recomendações médicas. Pode-se supor ainda, como fatores responsáveis, os aspectos genéticos, as condições ambientais (incluindo o tamanho do útero, a nutrição pré-natal e a dieta da criança), a presença de verminoses e de outras doenças, a nutrição e o uso de medicamentos (SILVA et al., 2013; KUHN-SANTOS et al., 2019), assim como a baixa estatura e o reduzido peso das mães (ALVES et al., 2019). Entretanto, esses fatores precisam ser melhor investigados para a devida referência como suposição no presente trabalho.

No que tange à medida peso para idade, a maior prevalência do peso adequado para a idade entre as crianças de ambos os sexos, especialmente aos do gênero masculino, o que se assemelhou a Santos et al. (2015) e Tagliari et al. (2016), pode ser entendido quando se analisa o consumo dos alimentos nas três principais refeições, previamente abordados. Esse achado pode sugerir que a quantidade, tipo e valor energético e nutricional dos alimentos ingeridos pelas crianças estejam adequados, particularmente para aquelas do sexo masculino. Essa suposição pode ser apropriada também para justificar o predomínio da eutrofia entre as crianças de ambos os sexos, na relação peso e estatura. Embora o percentual dessas crianças tenha sido menor, ele consolidou os dados de Santos et al. (2015) e de Corvelho et al. (2019).

Sobre a medida IMC para idade, a preponderância da eutrofia para as crianças de ambos os sexos corrobora com Santos et al. (2015) e se contrapõe a Gurmini et al. (2017) e Pedraza et al. (2016). Ela diverge ainda do cenário mundial, em que a obesidade infantil tem crescido, com 7,3% das crianças menores de cinco anos apresentando-se acima do peso (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017). Esse achado pode resultar da

alimentação adequada e não substituição das principais refeições por lanches (ALVES et al., 2019), fenômenos já constatados nessa pesquisa.

Quando investigados os hábitos de higiene oral das crianças, particularmente a realização da higienização dentária/gengival, o fato da maioria das mães realizá-la, o que se assemelhou a Rise et al. (2018), foi um fenômeno imprevisível, visto que elas, em geral, não buscavam atendimento odontológico. Realmente, nas visitas ao odontólogo/odontopediatra, os pais são orientados quanto à higienização oral, dieta saudável e desenvolvimento da dentição, além de esclarecer as dúvidas (FILHO et al., 2021). Entretanto, esse grau de conscientização das mães pode ser um reflexo das consultas de puericultura.

Nesse sentido, é importante relatar que a higiene da cavidade oral do bebê deve ocorrer previamente à erupção dentária, devendo ser feita por meio de gaze ou fralda embebida em água filtrada/fervida ou dedeira, habituando a criança a essa prática. Essa deve ser realizada por, no mínimo, duas vezes ao dia, especialmente antes de dormir (FILHO et al., 2021; FERREIRA et al., 2015). Após a erupção do primeiro dente, essa higienização deve ser realizada por meio de escova dental, com cerdas macias e tamanho adequado à boca do bebê, por, no mínimo, duas vezes ao dia (FILHO et al., 2021).

Quanto ao uso do dentífrico, a American Academy of Pediatric Dentistry e American Association for a Dental Research recomendam a utilização do dentífrico fluoretado convencional em crianças, com uma quantidade corresponde ao tamanho de um esfregaço, para crianças menores de dois anos, e do tamanho de uma ervilha, para crianças de dois a cinco anos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2013; AJIBOYE et al., 2018).

Para a American Dental Association, o dentífrico indicado para crianças de todas as idades deve ter, no mínimo, 1100 ppm de flúor, com a quantidade a ser utilizada variando de acordo com a faixa etária. Para crianças menores de três anos, a medida deve corresponder ao tamanho de um esfregaço ou de um grão de arroz. Para a idade de três a seis anos, o tamanho não deve ultrapassar ao de uma ervilha (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, 2014). Independentemente da Associação, a escovação deve ser feita sob a supervisão de um adulto.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o uso do dentífrico fluoretado convencional para crianças menores de nove anos, cuja quantidade deve corresponder ao tamanho de um grão de arroz (BRASIL, 2009). A Diretriz de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria, da Associação Brasileira de Odontopediatria, orienta o uso de

dentifrício fluoretado convencional com teor mínimo de 1000 ppm de flúor para crianças de todas as idades. Para crianças menores de três anos, a quantidade de dentifrício deve corresponder ao tamanho de um grão de arroz (cerca de 0,1 g). Para crianças menores de seis anos, a escovação deve ser supervisionada por um adulto (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2017).

Com base no acima exposto, foi perceptível que as mães, além de efetuarem a higienização da cavidade oral dos seus filhos, utilizavam os recursos necessários para a sua execução. Essa atitude foi também observada por Rise et al. (2018), os quais citaram, em sua pesquisa, a utilização pelas mães de fralda na higienização bucal do bebê e a prática da escovação dental, quando da presença dos dentes.

No que se refere à frequência e horários da escovação dental ou higienização gengival, a atitude das mães das crianças avaliadas seguiu o ditado pela literatura. Enfatizando essa atitude, os resultados de Fortes et al. (2016) e de Rise et al. (2018) mostraram que a maioria das mães realizava a higienização dentária dos seus filhos duas vezes ao dia, no período da manhã e à noite.

Embora não mencionado, o uso do fio dental deve ser recomendado quando surge o primeiro ponto de contato entre os dentes, já que a escovação com escova dental e dentifrício não limpa adequadamente as superfícies interproximais dos dentes (ALSHLOUL, 2021). Quanto a sua execução, ela deve ser feita pelos pais ou responsável (FERREIRA et al., 2015).

Sobre a substituição da escova dental, a troca realizada até 3 meses por grande parte das mães foi um achado importante, visto que ela deve ocorrer trimestralmente ou na presença de infecção bucal (CRUZ et al., 2015). Deve-se salientar que essa substituição é necessária, não apenas pelo desgaste das cerdas, mas também por essas se contaminarem com microrganismos da microbiota oral e do meio ambiente (COSTA et al., 2017).

Em relação à avaliação do desenvolvimento psicossocial e de linguagem das crianças, a utilização do Teste de Denver II se justifica por ser um dos instrumentos mais utilizados por profissionais para esse tipo de avaliação, por apresentar bons índices de validade e confiabilidade (SILVA et al, 2011; SIGOLO; AIOLLO, 2011). Ainda, segundo Moraes et al. (2010), a aplicação cotidiana do Teste de Denver II facilita o acompanhamento das possíveis falhas encontradas no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, permitindo o estabelecimento de programas de intervenção que visem a prevenção de distúrbios.

Nesse contexto, o estudo de Bonfim et al. (2016), por meio do Teste de Denver II e da análise de prontuários, demonstrou que o desenvolvimento pessoal-social das crianças foi um

dos domínios classificados como adequado, além de elencar fatores de riscos associados ao atraso no desenvolvimento, como lesão cerebral, prematuridade e baixo peso ao nascer.

Em referência ao desenvolvimento psicossocial, esse compreende as reações pessoais no ambiente social vivenciado pela criança e a realização das tarefas cotidianas, as quais envolvem a organização dos estímulos, o manuseio, a interação social e a compreensão do contexto (RIBEIRO et al., 2016).

Quando o Teste de Denver II foi aplicado às crianças do estudo para investigar esse tipo de desenvolvimento, o elevado quantitativo de participantes que realizaram o teste em plenitude mostrou que elas não se recusaram a desempenhar a atividade efetuada por quase todas as crianças de sua idade ou que cerca de 75% a 90% delas são capazes de executar, conforme ditado por Moraes et al. (2010). O mesmo pode ser afirmado para a realização do Teste de Denver II para verificação do desenvolvimento da linguagem. Esse comportamento por parte das crianças pode sugerir que elas eram “normais” nos quesitos estudados, o que foi reforçado pelo resultado da análise, de acordo com o número de testes e avaliação geral.

Contrapondo-se ao aqui observado, pesquisa realizada por Zago et al. (2017) evidenciou, como o domínio com maior porcentagem de cuidado e/ou atraso, o da linguagem. Os pesquisadores apontaram, como possíveis fatores responsáveis, a falta de estimulação e de promoção de um ambiente de aprendizagem para a criança por parte dos responsáveis.

Ainda, no trabalho de Carneiro et al. (2011), os autores mencionaram que o único domínio a apresentar o estado de “cuidado” pelas crianças foi o de linguagem, o que resultou da deficiência de estimulação pelos responsáveis. Ressaltou-se que crianças, cujos pais têm o hábito de leitura e de dialogar com elas, começam a falar mais cedo, formam frases mais complexas e aprendem a ler mais facilmente. Assim, torna-se perceptível que a introdução de práticas que estimulem e orientem os pais e os cuidadores amplia as chances da criança se desenvolver normalmente.

Embora os dados apresentados no presente trabalho indiquem uma normalidade dos domínios psicossocial e de linguagem pelas crianças, não se deve esquecer de que o Teste de Denver II é um teste de triagem, não sendo capaz de prognosticar as habilidades intelectuais e adaptativas definitivamente (COSTA; CAVALCANTE; DELL’AGLIO, 2015).

No contexto do domínio da linguagem, o qual retrata a forma de comunicação entre os seres humanos, utilizando sons e símbolos e possibilitando a transmissão e síntese de informações complexas, o desenvolvimento dessa área pela criança envolve as condições biológicas e os fatores ambientais e sociais em que ela foi inserida inicialmente (COSTA;

CAVALCANTE; DELL'AGLIO, 2015). Dessa forma, se ela não experencia um ambiente físico e social que estimule a utilização e a expressão da comunicação, ela pode apresentar atrasos ou disfunções linguísticas, capazes de afetar o seu intelecto e ocasionar problemas socioeconômicos (COSTA; CAVALCANTE; DELL'AGLIO, 2015).

Segundo ainda a literatura, os déficits na expressão e compreensão verbal por parte das crianças refletem negativamente nos seus aspectos psicossociais e cognitivos, o que pode repercutir futuramente, quando na fase adulta (COSTA; CAVALCANTE; DELL'AGLIO, 2015).

Com respeito ao desenvolvimento físico (motor fino e grosso) das crianças, semelhante aos domínios anteriores, foi elevado o número de participantes que realizaram o Teste de Denver II para a avaliação motora fina e grossa, o que implica que elas não se recusaram a desempenhar a atividade efetuada por quase todas as crianças de sua idade ou por cerca de 75% a 90% delas (Moraes et al. 2010). Essa reação por parte das crianças pode sugerir que elas eram “normais” nos quesitos estudados, o que foi reforçado pelo resultado da análise, de acordo com o número de testes e avaliação geral.

Diante desses resultados, embora o Teste de Denver II não deva ser utilizado como um instrumento diagnóstico (MORAES et al., 2010), sugere-se que as crianças participantes da pesquisa tinham uma adequada coordenação do olho/mão e manipulação dos pequenos objetos, atividades motoras finas investigadas pelo Teste, assim como um apropriado controle motor corporal, atividades motoras grossas analisadas pelo Teste (ZAGO et al., 2017).

Assim, se consideradas as condições ambientais citadas por Santos et al. (2017), representadas pelo baixo nível socioeconômico e reduzido nível de escolaridade dos pais, como fatores de risco para o atraso no desenvolvimento infantil, elas parecem não ter interferido no desenvolvimento das crianças dessa pesquisa, uma vez que essas apresentaram desenvolvimento normal, no contexto psicossocial, de linguagem e físico. Além desses fatores, poderiam ter interferido ainda as condições biológicas, como a idade gestacional e o peso ao nascimento (SANTOS et al., 2017).

Quando investigada a associação entre o número de consultas de pré-natal e a relação IMC/Idade da criança, o fato de um considerável quantitativo de consultas não se relacionar a um IMC/Idade apropriado, divergindo da literatura (DALLAZEN et al., 2018), foi um dado inesperado. Realmente, os atendimentos de pré-natal possibilitam o diagnóstico, tratamento e redução de fatores de risco de inúmeras complicações, capazes de ocorrer durante a gestação e a infância (ALVES et al., 2015).

No tocante a outras condições vivenciadas no período gestacional, propícias de interferir no crescimento infantil, a relação aqui observada entre a mãe não ter ingerido bebida alcoólica e o filho apresentar uma relação Peso/Idade adequada pode estar vinculada à questão do álcool, além de ser considerado uma substância teratogênica, prevenir alterações no crescimento fetal/infantil, como o déficit de crescimento pré-natal e pós-natal, evitando, portanto, o seu consumo pela futura mãe (TEIXEIRA et al., 2019).

Sobre a associação entre a gestante ter concebido o filho com, no mínimo, 9 meses de período gestacional e esse apresentar uma relação Peso/Idade adequada, esse dado pode ser compreendido se admitido que o nascimento a termo impacta positivamente no crescimento e desenvolvimento infantil. Além disso, esse achado pode resultar de um maior número de consultas de pré-natal a que as gestantes compareceram, o que pode implicar em maior controle da saúde da futura mãe e bebê.

Para a associação entre esse período de concepção e a relação inadequada Estatura/Idade da criança, esse resultado vai de encontro ao fato de que o nascimento a termo favorece essa relação (STALIN et al., 2019). Para esse dado, deve-se cogitar a influência de outros elementos, como condições socioeconômicas, antecedentes maternos (como, fatores genéticos, idade e estatura), características das crianças (como, peso ao nascer) e esquema vacinal (PEDRAZA; MENEZES, 2014).

Nesse sentido, vale mencionar que, embora alguns desses elementos tenham sido investigados nesse estudo, além da necessidade de os avaliar com maior profundidade, devem-se pesquisar os demais fatores de risco a fim de compreender melhor a situação vivenciada por essas crianças e se aplicarem estratégias para prevenir problemas futuros. Essas atitudes se fazem necessárias, visto que o prejuízo do crescimento linear pode interferir no desenvolvimento mental e motor e no rendimento escolar da criança, além de acentuar o risco de morbimortalidade (PEDRAZA; MENEZES, 2014).

No que diz respeito à associação entre a gestante ter se submetido ao parto cesárea e o filho apresentar uma relação Peso/Idade adequada, esse achado foi surpreendente, já que esse tipo de parto promove efeitos indesejáveis sobre o crescimento e desenvolvimento infantil. Essa suposição sustenta a associação aqui relatada entre a submissão ao parto cesáreo pela gestante e a relação Estatura/Idade inadequada da criança. Pode-se supor ainda que a baixa escolaridade das mães participantes da pesquisa e, conseqüentemente, de uma possível menor adesão às recomendações médicas e uma nutrição inapropriada, contribua para esse fenômeno (GURMINI et al., 2017).

Nesse contexto, é importante ressaltar que, independentemente dos benefícios ou malefícios atribuídos ao parto cesárea ou normal (VALOIS et al., 2019; GAZINEU et al., 2018), inúmeros fatores podem contribuir e determinar a escolha do tipo de parto a que a mulher será submetida. Dentre eles, figuram as experiências culturais vividas pela gestante, sua história obstétrica anterior e sua experiência pessoal e/ou familiar, além do nível econômico e educacional e acesso à informação e serviços de saúde (BITTENCOURT et al., 2013).

Quando avaliada a associação entre a criança consumir bolacha doce/recheada e apresentar uma relação IMC/Idade inadequada, esse resultado se opõe à percepção de que a mãe exerce um cuidado excepcional com a saúde de seu filho, principalmente no que se refere a alimentos cariogênicos, os quais contêm nutrientes desfavoráveis ao crescimento e desenvolvimento infantil (GILSON et al., 2017). Contudo, se admitido o baixo grau de escolaridade e reduzida renda familiar das mães dessa pesquisa, esse dado não é imprevisível, visto que essas condições podem contribuir com o baixo consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças, e ingestão excessiva de alimentos ultraprocessados, o que pode perdurar nos primeiros anos de vida (SANTOS et al., 2020).

Particularmente, a associação acima pode ser facilmente entendida se reconhecido que a bolacha doce/recheada é um alimento ultraprocessado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), o qual contêm alta densidade energética e teor de gordura, açúcar e/ou sódio e reduzida fibra, colaborando significativamente para a obesidade infantil. Todavia, deve-se atentar que essa condição vem se acentuando entre as crianças pelo desmame prematuro do aleitamento materno e inclusão precoce e desapropriada da alimentação complementar (GIESTA et al., 2019).

Essa concepção, em que se atribui o envolvimento de múltiplos fatores à obesidade infantil, pode justificar a associação observada nessa pesquisa, entre o não consumo de sobremesa pela criança e a presença de uma relação IMC/Idade inadequada. O mesmo pode ser dito para a associação entre a criança não ingerir refresco em pó e apresentar uma relação Peso/Idade adequada.

No que se refere à associação entre a mãe ter escolaridade superior ao ensino fundamental incompleto e utilizar, na higienização dentária/gengival do filho, escova dental e dentifrício, ela pode ser compreendida se analisado que esses meios de higiene oral são importantes para a prevenção de doenças bucais, principalmente cárie, nessa faixa etária (SILVA et al., 2013). Entretanto, o uso do fio dental entre essas crianças deve ser avaliado, de

acordo com a idade, visto que ele é recomendado quando surge o primeiro ponto de contato entre os dentes (ALSHLOUL, 2021).

Essa associação permite ainda sugerir que as mães são conscientes da responsabilidade que assumem frente à higienização da cavidade oral de seus filhos, especialmente se elas apresentam um melhor grau de instrução. De fato, o nível educacional mais elevado das mães está vinculado a uma maior frequência de escovação e uso de instrumentos apropriados (SHAGHAGHIAN et al., 2017). Essa atitude é particularmente importante se admitido que a infância é a fase mais importante para o estabelecimento de hábitos de higiene oral saudáveis (RISE et al., 2018).

No tocante à associação entre a criança consumir bolacha doce/recheada, suco de fruta com açúcar e sobremesa e fazer uso de escova dental e dentifrício, esse resultado é inesperado, sobretudo se reconhecido que esses alimentos são cariogênicos e que a busca por atendimento odontológico era feita por uma minoria das mães participantes. Apesar disso, pode-se supor que a conscientização das mães advenha da sua presença nas consultas de pré-natal, momento em que pode haver a troca de saberes entre gestante e profissionais de saúde (BARBOSA et al., 2020), e acompanhamento das crianças pelo serviço de saúde.

Essa suposição pode também ser aplicada às associações registradas entre a criança não consumir refrigerante, chiclete/bala/pirulito e chocolate e utilizar escova dental e dentifrício na higienização bucal. Essa sensibilização por parte das mães pode fundamentar-se no fato de que esses alimentos colaboram substancialmente para o desenvolvimento do processo carioso, o que pode ser prevenido se esses meios de higiene bucal forem bem empregados (MACEDO et al., 2019).

Além do que, a literatura aponta que a ingestão desses alimentos ultraprocessados, altamente energéticos e hiperpalatáveis pode prejudicar o crescimento e desenvolvimento infantil, além de propiciar a ocorrência de processos infecciosos, alergias e distúrbios nutricionais. Ainda, substâncias presentes nesses alimentos podem irritar a mucosa gástrica da criança, dificultando a digestão e absorção de nutrientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Ademais, esses alimentos, além de serem nutricionalmente desnecessários e prejudicarem a digestão e absorção de micronutrientes, podem impedir a ingestão de alimentos saudáveis, como hortaliças, carnes e frutas, considerados importantes para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil (MELO et al., 2019).

Com respeito à associação entre a criança consumir leite com açúcar e a mãe fazer uso de água morna, fralda e gaze na higienização dentária/gengival, embora pareça ser uma

atitude materna adequada, especialmente por envolver um alimento cariogênico, deve-se avaliar a idade da criança, visto que esses meios são utilizados em bebês edêntulos (JEUS et al., 2021).

Nesse âmbito, vale ressaltar que a adoção da higiene oral do bebê edêntulo é controversa entre os profissionais da área da saúde. De fato, sua adesão pode ocorrer como forma de prevenir a colonização da cavidade oral por microrganismos, capazes de ocasionar doenças bucais, como cárie. Além do que, sua admissão pode habituar a criança a essa prática, o que contribuirá positivamente quando da sua necessidade em decorrência da erupção dentária (JESUS ET AL., 2021).

Em contrapartida, a literatura aponta que a microbiota da cavidade oral do bebê é composta por microrganismos importantes para o desenvolvimento do seu sistema imunológico, além de conter imunoglobulinas, particularmente imunoglobulina A (IgA), tidas como a primeira linha de defesa das mucosas, condições que podem ser alteradas pela instituição de higiene, desencadeando infecções (JESUS et al., 2021).

Essas controvérsias não foram esclarecidas em revisão da literatura conduzida por Jesus et al. (2021). De acordo com os autores, faz-se necessária a realização de estudos clínicos que assegurem ou não a instituição da higiene oral de bebês edêntulos.

Com respeito às limitações do estudo, pode-se mencionar que a maior delas foi o fato da coleta de dados ter ocorrido na pandemia, especialmente no momento em que grande parte da população não estava imunizada. Essa conjuntura inviabilizou a ida de mães às unidades básicas de saúde do município em que a pesquisa foi conduzida.

7. CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, pode-se concluir que apesar do reduzido grau de escolaridade, do exercício de atividade profissional não remunerada, da limitada renda familiar e do déficit habitacional, as mães, jovens e adultas e em união estável, eram conscientes quanto ao planejamento da gravidez, da idade adequada para a concepção, da importância do pré-natal e dos riscos do consumo de bebida alcoólica e do hábito de fumar no período gestacional.

Ainda, as mães tinham um histórico familiar de óbito infantil protetor e se submetiam ao parto cesárea. Eram cientes quanto à importância da amamentação, inclusive do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, do acompanhamento do filho pelo serviço de saúde e de uma alimentação apropriada da criança nas 3 principais refeições. Apesar da incompreensão da necessidade de busca por atendimento odontológico e de se evitar o consumo de alimentos cariogênicos pela criança, as mães tinham hábitos e comportamentos de higiene oral corretos em relação a seus filhos.

Quanto às crianças, essas tinham idade gestacional adequada e apresentavam estado nutricional apropriado, de acordo com os índices antropométricos recomendados pela Organização Mundial da Saúde, apesar da baixa estatura para idade. Manifestavam desenvolvimento psicossocial, de linguagem e físico (motor fino e grosso) normal.

No que diz respeito às associações, observou-se uma diferença entre o número de consultas de pré-natal e o IMC/Idade da criança, bem como entre a concepção, o tipo de parto e a Estatura/Idade. Verificou-se uma diferença entre a ingestão de bebida alcoólica pela gestante e concepção e Peso/Idade da criança, assim como entre o tipo de parto e o Peso/Idade.

Outras relações constatadas corresponderam a uma diferença entre a ingestão de sobremesa e o IMC/Idade da criança, assim como entre a escolaridade da mãe, o consumo de refrigerante, de chiclete/bala/pirulito e chocolate pela criança e meios de higiene oral. Identificou-se ainda uma concordância entre a ingestão de bolacha doce/recheada e o IMC/Idade da criança, como entre o consumo de refresco em pó e Peso/Idade e entre a ingestão de bolacha doce/recheada, de sobremesa e de leite e suco de fruta com açúcar e os meios de higiene oral.

8. REFERÊNCIAS

ACHMAD, H. et al. A Review of Stunting Growth in Children: Relationship to the Incidence of Dental Caries and its Handling in Children. *Sys Rev Pharm* 2020; 11(6): 230-235.

AIELLO, A. M. et al. A. Prevalence of obesity in children and adolescents in Brazil: a meta-analysis of cross-sectional studies. *Curr Pediatr Rev.* 2015;11(1):36-42.

AJIBOYE, A. S. et al. American Association for Dental Research policy statement on community water fluoridation. *J Dent Res.* 2018;97:1293-6.

ALGHAMDI, A. S. et al. Gingival health and oral hygiene practices among high school children in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2020; 40(2): 126-135.

ALLEO, L. G.; SOUZA, S. B.; SZARFARC, S. C. Feeding practices in the first year of life. *J Hum Growth Dev.* [Internet]. 2014 [acesso 18 jun 2021]; 24(2):195-200. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/81222/86108>.

ALMEIDA, C. R. et al. Avaliação higiênico-sanitária de carne moída comercializada em açougues de Sarandi, PR, Brasil Infarma Ciências Farmacêuticas , 2018.

ALMEIDA, D. C. B. et al. “A herança colonial brasileira: Quanto as relações sociais e de produção no ciclo do café (1727-2017)”, *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* (julio 2018).

ALSHLOUL, M. N. Oral Health Knowledge, Attitude, and Practice Among School Children in Abha Saudi Arabia. *The Journal of School Nursing* 1-10, 2021.

ALVES, B. M. et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade em Sobral-Ce. *SANARE, Sobral - V.18 n.01,p.50-58, Jan./Jun. – 2019.*

ALVES, T. L. et al. Newborn risk factors according to gestational age: a review. *Nutrire.* 2015 Dec;40(3):376-382. <http://dx.doi.org/10.4322/2316-7874.04513>.

AMARAL, G. R. et al. Tendência secular de crescimento em estatura de crianças e adolescentes e sua associação com fatores extrínsecos a partir da segunda metade do século XX no Brasil: uma revisão de literatura. *Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 5, p. 26971-26981 may. 2020.*

AMARAL, R. Contribuições da pesquisa na formação acadêmica. **Identidade Científica**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 64-74, jan./jun. 2010. Disponível em: < http://www.unoeste.br/facopp/revista_facopp/IC1/IC16.pdf >. Acessado em: 27/07/2021.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent.* 2013;35:E165.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020:79-81.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. Fluoride toothpaste use for young children. *J Am Dent Assoc.* 2014;145:190.

- ANDRADE, J. S. et al. Capacity of self-care in health in the black population quilombola. **Reon Facema**, v. 2, n. 4, p. 291-296, 2016.
- ANIL, S.; ANAND, P. S. Early Childhood Caries: Prevalence, risk factors and prevention. **Frontiers in Pediatrics**, v. 5, 2017.
- ARAUJO, M. R. S. et al. Análise dos fatores que podem contribuir para a ausência ou o preenchimento inadequado da caderneta da criança. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* Vol. 13(4), p 1-9, 2021.
- ARAÚJO, M. V. M. et al. Atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados com a higiene bucal de idosos institucionalizados em Montes Claros – MG. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, p. 10-17, 2010.
- ARAÚJO, S. D. et al. Avaliação das principais práticas alimentares no primeiro ano de vida de crianças atendidas no Núcleo de Atenção a Mulher e Criança de Macaé – RJ. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.2, p. 9173-9191 ,mar./apr. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS EXPORTADORAS DE CARNES. ABIEC. Banco de dados. São Paulo: ABIEC, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. Uso do Fluoreto. In: Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. 2017. p. 95–100.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS NUTRICIONISTAS. Guia para educadores – Alimentação em idade escolar. 2013, p 1-35.
- BALDISSERA, R. et al. Effectiveness of the National Strategy for Healthy Complementary Feeding to improve complementary feeding of infants in a municipality in Southern Brazil.. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(9): e 00101315, set, 2016.. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101315>.
- BARBOSA, M. C. F. et al. Ações extensionistas na atenção à saúde bucal ao binômio mãe-bebê. *Rev. Ciênc. Ext.* v.16 ,p.115-128, 2020.
- BARDIN, L. Análise do Conteúdo. São Paulo. Edições 70, 2011.
- BASTOS, C. O. et al. Deficiência do aleitamento materno exclusivo como contribuinte para a obesidade infantil. *Revista Eletrônica Acervo Científico* Vol. 17 P – 1-6, 2020.
- BATIS, C. et al. First-year evaluation Mexico's tax on nonessential energy-dense food: an observational study. **Plos Med**, v. 13, n. 7, 2016.
- BITTENCOURT, F. et al. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. *Cogitare Enferm.* 2013 Jul/Set; 18(3):515-20.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [acesso em 26 jul. 2021]; 51(108): 1-9. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/140946>.
- BOMFIM, M. S. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prétermo, segundo teste Denver II. *Fisioter Bras*, v.17, p.4, p.348-55, 2016.

BOZOLAN, S. F. Sobre o uso e implicações do termo de assentimento para crianças em pesquisas biomédicas no Brasil. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015. 1976.

BRANDÃO, C. A. et al. Associação entre o nível insuficiente de atividade física, fatores psicossociais e hábitos alimentares em adolescentes. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.2, p.18031-18049 feb. 2021.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica da Criança: crescimento e Desenvolvimento. Caderno de Atenção Básica, nº 33. Brasília: Ministério da Saúde 2012. Acesso em: 02 de ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília, 2015. 184 p.

_____. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica . 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2010. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2a.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_10ed.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. II Pesquisa de Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. 1 ed. 1ª reimpressão Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 116 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 265 p. : Il.

_____. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério de Saúde. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. 2009.

_____. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016.

BRIGIDA, E. C. S. S. et al. The role of childcare in children's health. *Journal of Specialist Scientific Journal*, Nº 2, volume 2, article nº 10, Abr/Jun 2018.

BRÍGIDO, A. E. F. S. et al. Frequência do consumo de açúcar e bebidas açucaradas por crianças atendidas em um ambulatório de pediatria no Vergel do Lago em Maceió-Alagoas. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n.12, p. 99371-99391 dec. 2020.

BRITO, N. M. I. et al. Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimentos e percepção de risco. **ABCS Health Sci.**, v. 41, n. 3, p. 140-145, 2016.

CAGNANI, A. et. al. (2014). Association between preference for sweet foods and dental caries. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*, 62(1), 25-29.

CAMINHA, M. F. C. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Rev Paul Pediatr*. 2017;35(1):102-109.

CANELLA, D. S. et al. Consumo de hortaliças e sua relação com os alimentos ultraprocessados no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2018; 52:50.

CARLEVARO, C. C. U. et al. Obesidade infantil e suas complicações: revisão integrativa da literatura. *Revista Faculdades do Saber*, 06 (13): 963-971, 2021.

CARMINATTI, M. et al. Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares **Audiology Communication Research**, v. 22, e1801, 2017.

CARNEIRO, J. M.; BRITO, A. P. B.; SANTOS, M. E. A. avaliação do desenvolvimento de crianças de uma creche através da escala de DENVER II. *rev. min. enferm.*, v.15, n.2, p. 174-180, 2011.

CARRIJO, F. M. M. et al. O papel do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, 2015. Disponível em: http://www.faculdadealfredonasser.edu.br/files/Pesquisar_4/16-12-2015-16.12.58.pdf. acesse em: 25 de jun. 2021.

CARVALHO, C. A. et al. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr.**, v. 33, n. 2, p. 211-221, 2015.

CARVALHO, W. C. et al. Árie na primeira infância: um problema de saúde pública global e suas consequências à saúde da criança. *International journal of science dentistry* Volume 2, número 58, ano 2021, páginas de 50 até 58.

- CASTILHO, L. S. et al. Factors Associated with Gingivitis in Children with Developmental Disabilities Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic 2016, 16(1):441-44.
- CAVAGGIONI, A. P. M.; MARTINS, M. C. F.; BENINCASA, M. B. A influência da via de parto no desenvolvimento infantil: uma comparação por meio da Bayley-III. *J Hum Growth Dev.* 2020; 30(2):301-310.
- CAVALCANTE, M. C. V. et al. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1683-1693, 2017.
- COCETTI, M. et al. Prevalence and factors associated with overweight among Brazilian children younger than 2 years. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88(6):503-8.
- COELHO, L. C. et al. Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20:727-38.
- COELHO, R. et al. Child development in primary care: a surveillance proposal. *J Pediatr, Rio Janeiro*, v. 92, n. 5, p. 505-511, 2016.
- COIMBRA, J. C. E. A. et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*. 2013;13:52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-52>.
- COLOMBO, N. H. et al. Quantitative assessment of salivary oral bacteria according to the severity of dental caries in childhood. *Archives of Oral Biology*, v. 83, p. 282–288, 2017.
- CONAB – Companhia Nacional de Abastecimento. A cultura do feijão. 2018. [acessado em: 11 de agosto 2021]. Disponível em: <https://www.conab.gov.br/institucional/publicacoes/outraspublicacoes>.
- CORVELHO, V. S.; ETGES, B. I. Nutritional assessment of institutionalized children and adolescents. *Rev. Interdisciplin. Promoç. Saúde - RIPS, Santa Cruz do Sul*, 2(4):171-178, out/dez. 2019 ISSN: 2595-3664.
- COSTA, E. F. et al. Perfil do desenvolvimento da linguagem de crianças no município de Belém, segundo o teste de triagem de Denver II. *Rev. CEFAC*, v. 17, n. 4, p. 1090-1102, 2015.
- COSTA, J. O. et al. Desinfecção e acondicionamento de escovas dentais: conhecimento e atitudes de acadêmicos de enfermagem. *Arch. Health Invest.* , v. 6, n. 9, p. 418-422, 2017.
- COSTA, S. M. et al. Modelos Explicativos da Cárie Dentária: Do Organicista ao Eossistêmico. *P esq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 285-291, abr./jun. 2012.
- COSTA; CAVALCANTE; DELL'AGLIO. Perfil do desenvolvimento da linguagem de crianças no município de Belém, segundo o Teste de Triagem de Denver II. *Rev. CEFAC*. 2015 Jul-Ago; 17(4):1090-1102.
- CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. - 2.ed.: Série Métodos de Pesquisa. Penso Editora, 2013.

CRÓ, M. L.; PINHO, A. M.; O desenvolvimento pessoal e social da criança em contexto de creche versus prática profissional dos educadores de infância. *Revista Reflexão e Ação*, Santa Cruz do Sul, v.19, n1, p.308-327, 2011.

CRUZ, M. C. C. et al. Práticas de higiene oral de graduandos de odontologia. **Arch. Health Invest.** v. 4, n. 3, p. 52-56, 2015.

DALLAZEN, C. et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(2):e00202816. doi: 10.1590/0102-311X00202816.

DEFANTE, L. R. et al. Comportamento de consumo de alimentos de famílias de baixa renda de pequenas cidades brasileiras: o caso de Mato Grosso do Sul. *INTERAÇÕES*, Campo Grande, v. 16, n. 2, p. 265-276, jul./dez. 2015.

DENG, K. et al. Diagnostic accuracy of self – reported measures of periodontal disease: A clinical validation study using the 2017 case definitions. *J clin peridontol* 2021: 48:1037-1050.

DORNELAS, F. L. et al. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. *Revista Paulista de Pediatria*, 2015, 33.1: 88-103.

DYE, B. A.; HSU, K. L.; AFFUL, J. Prevalence and measurement of dental caries in young children. **Pediatric Dentistry**, v. 37, p. 200–216, 2015.

EMBRAPA - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Organização das Nações Unidas Alimentação e Agricultura (FAO) declara 2016 como o “Ano Internacional dos Plus”. 2015.

ESPINDOLA, L. C. P. et al. Prevalence and antimicrobial susceptibility of Gram-negative bacilli in subgingival biofilm associated with periodontal diseases. *J Periodontol.* **2021, 1-11.**

FAGUNDES, L. J. et al. Sexually transmitted diseases in a specialized STD healthcare center: epidemiology and demographic profile from january 1999 to december 2009. **An Bras Dermatol**, v. 88, n. 4, p. 523-9, 2013.

FEJERSKOV, O.; MANJI, F. Risk assessment in dental caries. In: **Bader JD Risk Assessment in dentistry**. Chapel Hill: University of NorthCarilona Dental Ecology. 215-217, 1990.

FELIX, L. C. A. et al. Study of the relationship between cariogenic foods in school meals and caries experience in children attended at a school in Recife. *Research, Society and Development, [S. l.]*, v. 10, n. 7, p. e52310713977, 2021.

FERNANDES, M. L. M. F. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento ortodôntico: impacto na qualidade de vida de escolares. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v .13, n .1, p.37-43, 2013.

FERREIRA, A. C. T. et al. Consulta de puericultura: desafios e perspectiva para o cuidado de enfermagem à criança e a família. *Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI*. v. 11, n.20, p.231-241, 2015 acessado em 27 de junho de 2021.

FERREIRA, C. M. et al. Prevalence of childhood obesity in Brazil: systematic review and meta-analysis. *J Pediatr (Rio J)*. 2021.

FERREIRA, F. S. Consumo de alimentos impróprios por crianças menores de dois anos e suas possíveis consequências. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. [Internet] 2015;13(1) [acesso em 11 ago 2021]. Disponível: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1843>.

FERREIRA, K. A.; ALCÂNTARA, R. L. C. Approaches for implementation of the postponement strategy: a multicase study in the food industry. *Gestão & Produção*, v. 20, n.2, p. 357-372, 2013.

FERREIRA, S. M. S. P. et al. Conhecimento em saúde bucal do bebê e expectativa relativa ao pré-natal odontológico: retrato de um município baiano de grande porte. *FOL • Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep* • 25(2) 19-30 • jul.-dez. 2015.

FILHO, M. J. S. F. et al. A importância da higiene bucal do bebê de zero a um ano de idade: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.2, p. 13086-13099 feb. 2021.

FONTANA, M. The clinical, environmental, and behavioral factors that foster early childhood caries: evidence for caries risk assessment. *Pediatric Dentistry*, v. 37, p. 217– 225, 2015.

FORTES, C. et al. Atitudes, comportamentos e estado de saúde oral dos alunos do 1º ano da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.*, v.57, n. 4, p. 236-246, 2016.

FRANÇA, E. B. et al. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. *Rev Bras Epidemiol MAIO* 2017; 20 SUPPL 1: 46-60. DOI: 10.1590/1980-5497201700050005.

FRANÇA, J. Q. S.; MARCHIORI, J. M. G. Avaliação do consumo de bebidas açucaradas em universitários da cidade de Bebedouro *Revista Ciências Nutricionais Online*, v.2, n.2, p.37-41, 2018.

FREITAS, H. B. M. et al. A influência do estado nutricional durante o período gestacional e sua correlação no peso do recém-nascido. *Revista Eletrônica Acervo Saúde Vol. Sup.19 P – 1-9* 2018.

FRONTEIRA, I. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. *Acta Med Port* 2013 Mar-Apr;26(2):161-170.

GAÍVA, M. A. M. et al. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Av Enferm*. 2018;36(1):9-21.

GAÍVA, M. A. M. et al. Nursing appointments in puericulture in family health strategy. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* | v.19, n.2, p 65-73 | Dezembro 2019.

GARCIA, M. T. et al. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):305-316.

GAUTERIO, D. P. et al. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 65, n. 3, p. 508-513, 2012.

GAZINEU, R. C. et al. Benefícios do parto normal para a qualidade de vida do binômio mãe-filho. *Textura, Governador Mangabeira-BA*, v. 12, n. 20, p. 121-129, jul - dez, 2018.

GIESTA, J. M. et al. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2387-2397, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018247.24162017.

GIESTA, J. M. et al. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7):2387-2397, 2019.

GISLON, L. C. et al. Conhecimento de mães sobre saúde bucal na infância *Journal of Oral Investigations*, Passo Fundo, vol. 6, n. 2, p. 10-20, Jul.-Dez., 2017.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. *Jornal de pediatria*, v. 76, p. 253-262, 2000.

GOMES, M. et al. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [acesso em 13 jul. 2021]; 16(2): 258-265. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324038465016.pdf>.

GUERREIRO, T. B. F. et al. Psychomotor development screening of children from kindergarten units of Belém, Pará, Brazil. *J Hum Growth Dev.* [Internet]. 2016 [acesso em 22 jul. 2021]; 26(1):181-189. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n2/08.pdf>.

GUIBU, I. A. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 51, n. 17, 2017.

GUIMARÃES, R. C. R.; SILVA, H. Nutritional status and growth of quilombola children from different communities of the state of Para. *Pamazôn., Rev. Antropol. (Online)* 7 (1): 186-209, 2015.

GURMINI, J. et al. Analysis of complementary feeding for children Between 0 and 2 years old in public schools. *Rev. Med. UFPR* 4(2): 55-60. Abr-jun/2017. ISSN 2358-193x... DOI 10.5380/rmu.v4i2.

HAJISHENGALLIS, E. et al. Advances in the microbial etiology and pathogenesis of early childhood caries. *Molecular Oral Microbiology*, v. 32, n. 1, p. 24-34, 2017.

HARTMANN, J. M.; CESAR, J. A. Conhecimento de preservativo masculino entre adolescentes: estudo de base populacional no semiárido nordestino, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 11, p. 2297-306, 2013.

HEDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017/ [NANDA Internacional], Porto Alegre: Artmed, 2015.

HIRANO, A. R.; BAGGIO, M. A.; FERRARI, R. A. P. Amamentação, alimentação complementar e segurança alimentar e nutricional em uma região de fronteira. *Cogitare enferm.* 2021, v26, 1-10.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas de gênero – uma análise dos resultados do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2014, p – 1-162.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciclos de vida - Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.

_____. Censo de 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JABRI, B. et al. Occurrence of *Candida albicans* in Periodontitis. *International Journal of Dentistry* Volume 2021, p 1-7.

JEPSEN, S. et al. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 44 (Suppl. 18), p. S85-S93, 2017.

JESUS, D. M. et al. A higiene bucal de bebês edêntulos e sua influência na microbiota bucal: os profissionais de saúde devem preconizá-la? – revisão crítica. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre* V. 62, n. 1 (2021), p – 108 – 120.

JIAN, J. et al. The prevalence and severity of periodontal disease in Mainland China: Data from the Fourth National Oral Health Survey (2015–2016). *Clin Periodontol.* 2021;48:168–179.

JIANG, H. et al. Prevalence and risk factors of periodontal disease among pre-conception Chinese women *Reproductive Health* (2016) 13:141.

KALE, P. L. et al. Life-threatening conditions at birth: an analysis of causes of death and survival estimate for under-five children in live birth cohorts. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(7):e00186418. doi: 10.1590/0102-311X00186418.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. **Journal of Dental Research**, v. 93, n. 11, p. 1045-53, 2015.

KATZ, D.; MELLER, S. Can we say what diet is best for health? **Annual Review of Public Health**. v. 35, p. 83-103, 2014.

KEYES, P. H. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries: findings and implications. **Arch Oral Biol.** v.1, n.4, p.304-320, 1960.

KHUDA, F. et al. A mini review on the associations of matrix metalloproteinases (MMPs) -1, -8, -13 with periodontal disease. *AIMS Molecular Science* Volume 8, Issue 1, 13–31, 2021.

KRASSE, B. Exame salivar. In: *Risco de cáries: Guia Prático para controle e Assessoramento.* São Paulo: Quintessence Editora Ltda. 2ª Edição, 1988.

KUHN-SANTOS, R. C. et al. Fatores associados ao excesso de peso e baixa estatura em escolares nascidos com baixo peso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2):361-370, 2019.

LABANCA, L. et al. Protocolo de avaliação da linguagem de crianças na faixa etária de 2 meses a 23 meses: análise de sensibilidade e especificidade. *CoDAS*, v. 27, n.2, p. 119-27, 2015.

LI, S. et al. (2021) Geographic Variation Did Not Affect the Predictive Power of Salivary Microbiota for Caries in Children With Mixed Dentition. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 11: 1-10, 2021.

LIMA, A. P. C.; NASCIMENTO, D. S.; MARTINS, M. M. F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. *J. Health Biol Sci.* 2018; 6(2):189-196.

LIRA, M. M., MARTINS, M. A. N. S., SANTOS, S. C. M. Cantigas de roda e o brincar na escola. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Humanidades, Culturas e Artes – UNIGRANRIO**, v. 1, n. 21, 2020.

LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL. A Multiplicidade de Papéis da Mulher Contemporânea e a Maternidade Tardia. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia – 2014*, Vol. 22, nº 4, 917-928.

LOPES, N. F. O papel do profissional enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: Uma revisão sistemática da literatura. *Saber Científico*, Porto Velho, v., n., p.--. mês/mês. 2016.

LOPES, W. C. et al. Consumption of ultra-processed foods by children under 24 months of age and associated factors. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38:e2018277. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018277>.

LOPESA, W. C. et al. Infant feeding in the first two years of life. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(2):164-170.. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00004>.

LOUNAY, C. R. M.; BRGO, T. V. C. S. Profile of children attended in childcare and in the school health program. *Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde*, Volume 5 – Número 2 – Segundo Semestre de 2019.

LUIZET, B. O. et al. Relação do Perfil Psicossocial e o Crescimento Alcançado em Escolares na cidade de Maringá, no Paraná, 2019. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/3624/1/B%c3%81RBARA%20OKABAIA%20SSE%20LUIZETI.pdf>. Acesso em: 25 de jun. de 2021.

- LUNARDELLI, S. E. et al. Autoestima e cárie dentária em adolescentes: um estudo seccional. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.45, n. 6, p. 332-338, 2016.
- LUSTOSA, E.; LIMA, R. N. Importance of nursing for primary breastfeeding primary care in basic care. *ReBIS [Internet]*. 2020; 2(2):93-7.
- MAGALHÃES, K. A. et al. A Habitação como Determinante Social da Saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.1, p.57-72, 2013.
- MALIHI, Z. et al. Modifiable Early Childhood Risk Factors for Obesity at Age Four Years. *CHILDHOOD OBESITY* April 2021 j Volume 17, Number 3.
- MARCHEZINI, R. M. R. et al. Sexually transmitted infections in specialized service: who they are and who has them?. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 137-49, Jan., 2018.
- MARINHO, L. M. F. et al. Situation of the supplementary diet of children between 6 and 24 months attended in the Primary Care Network of Macaé, RJ, Brazil.. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3):977-986, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015213.06532015.
- MARQUES, J.; SÁ, L. Motor limitations and growth in children with cerebral palsy. *J Nurs UFPE [Internet]*. 2016 [acesso em 16 jun 2021]; 10(1):80-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10924/12209>.
- MARQUES, R. F. S. V. et al. Práticas inadequadas de alimentação complementar em lactentes, residentes em Belém-PA. *Revista Paraense de Medicina*, Belém, v. 27, n. 1, p. 49-54, jul-set, 2013.
- MARTINS, F. W. M. A alimentação saudável e o desenvolvimento da criança. *Revista A Evolução*, n. 16, p. 61-67,2021.
- MASSONI, A. C. L. T. et al. Percepções das gestantes e puérperas sobre a saúde bucal infantil: influência das condições sócio demográficas. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF*. 2017;21(3):318-324. doi: 10.5335/rfo.v21i3.6121.
- MELO, A. P. R. et al. Nutritional condition, food habits and oral health in a group of school children. *R bras ci Saúde* 23(4):555-562, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n4.37987>.
- MEZZARI, P. R. et al. Motor development and malnutrition in a risk population of a neighborhood in Porto Alegre. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)* 2019;52(2):80-90. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i2p80-90>.
- MICHAELSEN, K. F. NEUFELD, L. M. PRENTICE, A. M. Global Landscape of Nutrition Challenges in Infants and Children. *Nestlé Nutr Inst Workshop Ser*, vol 93, pp 1–13, (DOI: 10.1159/000503315) Nestlé Nutrition Institute, Switzerland/S. Karger AG., Basel, 2020.
- MIGUEL, M. C. et al. Mingau: uma culinária revisitada. *Fragmentos de cultura*, Goiânia, v. 28, especial, p. 111-123, jun. 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

_____. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos – versão resumida. Brasília – DF, p. 1-80, 2021.

_____. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN. Brasília: 2011.

MIRA, A.; SIMON-SORO, A.; CURTIS, M. A. Role of microbial communities in the pathogenesis of periodontal diseases and caries. **J Clin Periodontol.**, v.44, 2017.

MONTEIRO, A. R.; VERAS, A. T. R. A questão habitacional no Brasil. *Mercator*. v. 16, 2017.

MONTEIRO, C. A.; CANNON, G. The impact of transnational “big food” companies on the South: a view from Brazil. **PLoS Med.** , v. 9, n. 7, p. 1-5, 2012.

MONTEIRO, F. P. M. et al. Child growth: concept analysis. *Texto contexto-enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 16 jun 2021];25(2):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/010407072016003300014>.

MONTEIRO, F. P. M. et al. Physical development of infants: an investigation in a hospital unit. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2017 [acesso em 16 jun 2021]; 11(11):4435-4444. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/view/15061/24716>.

MONTEIRO, F. P. M. et al. Physical development of infants: an investigation in a hospital unit. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2017 [acesso em 26 jul. 2021]; 11(11):4435-4444. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/view/15061/24716>.

MONTEIRO, F. P. M. et al. Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. **Ciencia y Enfermeria**, v. XX, n. 1, p. 97-110, 2014.

MONTEIRO, L. S. et al. Consumo alimentar segundo os dias da semana – Inquérito Nacional de Alimentação, 2008-2009 *Revista de Saúde Pública*, vol. 51, 2017, pp. 1-11.

MORAES, L. L.; NASCIMENTO, N. M. S. Mulheres rurais nordestinas e desviantes: um estudo sobre a quebra das expectativas de gênero no meio rural. *Amazônica - Revista de Antropologia*. volume 12 (2) | 725 - 747 | 2020.

MORAES, M. W. et al. Teste de Denver II: avaliação do desenvolvimento de crianças atendidas no ambulatório do Projeto Einstein na comunidade de Paraisópolis. *Einstein*, v. 8, n.2, p. 149-53, 2010.

MORAES, V. D.; MACHADO, C. V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. **SAÚDE DEBATE**, v. 41, n. 3, p. 129-143, 2017.

MORE, S. et al. Infant Formula and Early Childhood Caries. *Journal of Dental Research and Review*. 2019; 5(1):7-11.

MOREIRA, J. C. et al. Introdução da alimentação complementar no primeiro ano de vida: investigação sobre o conhecimento materno. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.3, p. 13886-13902 mar./apr. 2021.

MOURA, J. W. S. et al. Promoção da alimentação complementar saudável em menores de dois anos por enfermeiros: revisão integrativa. *Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde*. 2021:1-8.

NETO, A. R. S.; BORTOLUZZI, B. B.; FREITAS, D. R. J. Equipamentos de proteção individual para prevenção de infecção por SARS-CoV-2. *J Manag Prim Health Care*, v. 17, n. 12, 2020.

NEULS, C. S. Interferência dos fatores de risco na gestação no baixo peso ao nascer em uma maternidade de Dourados-MS. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 5, n. 10, p 17600-17627 oct. 2019.

NOCINI, R.; LIPPI, G.; MATTIUZZI, C. Periodontal disease: the portrait of an epidemic. *J Public Health Emerg* 2020;4:10.

NUNES, J. T. et al. Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015. *Cad. Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 22 jul. 2021]; 24(2): 252- 261. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>.

NUNES, S. A. Maternidade na adolescência e biopoder. *Revista EPOS*; Rio de Janeiro – RJ, Vol.4, nº 1, jan-jun de 2013

NUNES, V. H., PEROSA, G. B. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 191-200, 2017.

OLIVEIRA, B. S. Influência da alimentação no desempenho escolar de crianças e adolescentes. 2017, 30 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição). União Metropolitana de Educação e Cultura-(UNIME). 2017. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com.br/bitstream/123456789/15099/1/BRUNA%20SANTANA%20OLIVEIRA.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2021.

OLIVEIRA, D. C. et al. Impacto relatado das alterações bucais na qualidade de vida de adolescentes: revisão sistemática. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*. v. 13, n. 1, p. 123-129, 2013.

OLIVEIRA, K. A. **Aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida do bebê: benefícios, dificuldades e intervenções na atenção primária de saúde**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2011.

OLIVEIRA; A. P.; BARBERINO, I. P.; ROLDI, A. Influência alimentar no índice de CEO-D em crianças. *Natureza online* 19 (1): 020-027, 2021.

OPAL, S. et al. Genetic factors affecting dental caries risk. *Aust. Dent. J.*, 60(1):2-11, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA (FAO). Aumentam sobrepeso e obesidade no Brasil, aponta relatório de FAO e OPAS

[documento na internet]. Brasília: Casa ONU Brasil; 2017. [citado em 30 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/aumentam-sobrepeso-e-obesidade-no-brasil-aponta-relatorio-de-fao-e-opas/>.

PACHECO, G. et al. Evaluación del crecimiento de niños y niñas: material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud [manual en Internet]. Salta: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Gobierno de la Provincia de Salta; 2012 [acceso: 18 jun 2021]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf.

PASSADORE, M. D., LEUNG, M. C. A., MONTESINOS, R. Y. Impacto do Programa Educa e Nutre como recurso de orientação alimentar para crianças. *Advances in Nutritional Sciences*, v. 1, n. 1, p. 14 – 20, 2020.

PASTERNAK, S; BOGUS, L. M. M. Habitação de aluguel no Brasil e em São Paulo. *CRH, Salvador*, v. 27, n. 71, p. 235-254, 2014.

PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. Fatores de risco do déficit de estatura em crianças pré-escolares: estudo caso-controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5):1495-1502, 2014.

PEDRAZA, D. F.; QUEIROZ, D. Micronutrientes no crescimento e desenvolvimento infantil. *Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.* 2011; 21(1): 156-171.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. S. Assessment of growth monitoring in child care visits at the Family Health Strategy in two municipalities of Paraíba State, Brazil. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet]. 2017 [acesso em 13 jul. 2021]; 26(4):847- 855. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400015>.

PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. Caracterização dos estudos de avaliação antropométrica de crianças brasileiras assistidas em creches. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 34, n. 2, p. 216-224, June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822016000200216&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 de agosto de 2021.

PEREIRA, I. F. S. et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. *Ciências & Saúde Coletiva*.; 22 (10): 3341-3352. doi: 10.1590/1413-812320172210.25242016

PEREIRA, J. F.; OLIVEIRA, M. A. A.; OLIVEIRA, J. S. Anemia em crianças indígenas da etnia Karapotó. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2012; 12:375-82.

PEREIRA, N. A.; OLIVEIRA, M. A. S. Perfil obstétrico e sociodemográfico de gestantes atendidas em um centro de saúde da família localizado em sobral-ceará. *Revista Saúde e Desenvolvimento, Curitiba*, v. 15, n. 21, p. 107-119, 2021.

PINTO, V. M. et al. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2423-2432, 2018.

PITANGA, F. H. et al. Estado nutricional de crianças e adolescentes do brasil: uma revisão bibliográfica sistemática. *Brazilian Journal of Development, Curitiba*, v.7, n.5, p. 46676-46695 may 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Introdução à pesquisa em enfermagem baseada em evidências. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 1. p. 22-52.

POPA, S. et al. Dental biofilm-induced gingivitis in children and adolescents. A literature review. Rom Biotechnol Lett. 2021; 26(3): 2664-2670.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do desenvolvimento de crianças em creche: um estudo sobre o olhar materno. Esc Anna Nery 2021;25(4), p 1-8.

REICHERT, A. P. S. et al. Vínculo entre Enfermeiros e Mães de Crianças Menores de dois anos: percepção de enfermeiros (artigo). Ciênc. saúde coletiva. v.21, n.8, p.2375- 2382, 2016. acessado em 25 de junho de 2021.

RELVAS, G. R. B. et al. Consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças com menos de um ano na atenção primária à saúde em uma cidade da região metropolitana de São Paulo, Brasil. Jornal de Pediatria. 2019; 95(5):584-592. [acesso em 10 ago 2021]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572019000600584&script=sci_arttext&tlng=pt

RIGO, L. et al. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children.. einstein. 2016;14(2):219-25.. DOI: 10.1590/S1679-45082016AO3616.

RISE, C. I. C. R. et al. Postural positions more used by mothers in bucal cleaning of babies.. J Dent Pub H, Salvador, 2018 Dezembro;9(4):254-262.

RISSI, G. P. et al. Crianças menores de 5 anos ainda morrem por desnutrição?. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e239889 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239889>.

RODIGUES, L. O. et al. Mensuração da desigualdade educacional entre os municípios nordestinos. Revista de Economia Contemporânea. Journal of Contemporary Economics, v. 21, n. 1, p. 1-31. 2017.

RODRIGUES, A. P. et al. Como o crack e outras drogas podem influenciar no desenvolvimento de crianças que foram expostas durante o período gestacional. Pesquisas e Práticas Psicossociais 13(1), São João del Rei, janeiro-abril de 2018 e 1421.

RODRIGUES, D. et al. Desenvolvimento motor e crescimento somático de crianças com diferentes contextos no ensino infantil. Motriz Rev Ed Fis. [Internet]. 2013 [acesso em 16 jun 2021]; 19(3):49-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v19n3s0/a08v19n3s0.pdf>.

SÁ, E. S. et al. Conhecimento de famílias atendidas em uma unidade básica de saúde sobre alimentação complementar. Dinamismo e Clareza no Planejamento em Ciências da Saúde 2... 2021-08-04.

SABATÉS, A. L. et al. Teste de triagem do desenvolvimento Denver II: adaptação transcultural para a criança brasileira. Com autorização do autor Frankenburg WK. São Paulo, 2013.

SAJJANAR, A. et al. Early Childhood Caries: Prevalance and its association with Body Weight and Anemia in Preschool children of rural areas of central India. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*. Volume 07, Issue 11, 2020, p. 7636-7644.

SANHUEZA, J. et al. Polymorphisms in DSSP (rs36094464) and RUNX2 (rs566712) Genes Contribute to the Susceptibility of Dental Caries in Childhood. *Int. J. Morphol.*, 39(3):802-808, 2021.

SANTONOCITO, S. et al. Dietary Factors Affecting the Prevalence and Impact of Periodontal Disease Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry 2021:13 283–292.

SANTOS, A. M. A., SILVA, V. C. M. Perfil socioeconômico dos pobres: uma análise com base na região Nordeste e suas mesorregiões no período de 1980 a 2010. **Revista Estudo & Debate**, v. 26, n. 1, 2019.

SANTOS, A. P. T.; COELHO, H. D. S. Avaliação antropométrica de pré-escolares residentes em zonas urbana e rural no município de Cajamar, São Paulo. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 33, n. 2, p. 172-178, 2015.

SANTOS, B. S. et al. Saúde e sociedade: uma análise sobre a desnutrição energéticoproteica primária infantil. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.3, p. 9886-9906 may./jun. 2021.

SANTOS, C. J. et al. Introdução de frutas e verduras na alimentação complementar de lactentes em Montes Claros, Minas Gerais. *ALAN*, Caracas, v. 70, N. 1, p. 1-7, 2020.

SANTOS, C. M. A. et al. Conhecimentos, atitudes e prática de homens sobre infecções sexualmente transmissíveis. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 1, e54101, 2018.

SANTOS, D. A. C. et al. Saúde e desenvolvimento infantil: proposta de indicador de atraso motor em Pontal do Paraná-Pr. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 63926-63939 aug. 2020.

SANTOS, J. C. S. et al. Analysis of nutritional status, food consumption and socio-economic factors in preschoolers of a daycare center. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 2, e81922090, 2020. (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2090>.

SANTOS, J. R. C. et al. Perfil psicomotor das crianças de 0 a 12 meses atendidas em uma UBS em Fortaleza/CE, 2017.

SCHIAVO, R. A. et al. Fatores materno-infantis associados ao desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 12, n. 4, out./dez. 2020, p. 141-157.

SCHINCAGLIA, R. M. et al. Feeding practices and factors associated with early introduction of compleme. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 24(3):465-474, jul-set 2015. doi: 10.5123/S1679-49742015000300012

SECRETARIA DA SAÚDE. Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. n.4, p.95, 2012. acessado em 27 de junho de 2021.

SHAGHAGHIAN, S.; ZERAATKAR, M. Factors Affecting oral hygiene and tooth brushing in preschool children, Shiraz/Iran. *J Dent Biomater.* 2017;4:394-402.

SIGOLO, A. R. L.; AIELLO, A. L. R. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. *Paidéia*, v. 21, n. 48, p. 51-60, 2011.

SILVA, A. C. D.; ENGSTRON; E. M.; MIRANDA, C. T. Factors associated with neurodevelopment in children 6-18 months of age in public daycare centers in João Pessoa, Paraíba State, Brazil *Cad. Saúde Pública* 31 (9) Set 2015 • <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104814>.

SILVA, A. M. B. et al. Ocorrência de enteroparasitoses em comunidades ribeirinhas do Município de Igarapé Miri, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*, v. 5, n. 4, p. 45-51, 2015.

SILVA, A. S. et al. Complementary feeding in infants under one year: interpretation of adolescent mothers. *Revista Saúde e Desenvolvimento* |vol. 9, n.5 | jan – jun – 2016.

SILVA, E. B. et al. Mapeamento das atividades de Enfermagem relacionado ao diagnóstico: atraso no crescimento e desenvolvimento. *Rev Rene*, v.18, n.2, p.234-41, 2017.

SILVA, N. D. S. H. et al . Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*, v. 21, n.1, p. 85-98, 2011.

SILVA, R. A. et al. Avaliação da participação de mães em um programa de prevenção e controle de cáries e doenças periodontais para lactentes. *Rev Paul Pediatr.* 2013;31(1):83-89.

SILVA, T. V. S. et al. Avaliação do atributo derivado orientação familiar na saúde da criança. *Revista Ciência Plural.* 2019; 5(2):1-15.

SILVA, W. F. et al. Déficit de crescimento: Um estudo de demanda. *Revista Acadêmica de Medicina – UFPel.* v. 1, no 3, p. 1-13, 2013.

SILVEIRA, J. M. V. Os Postos de Puericultura Alicerce Para a Educação das Mães Brasileira. IV Colóquio Internacional “Educação e Contemporaneidade”. São Cristovão – CE. Universidade Federal de Sergipe. 2012 acessado em 25 de junho de 2021.

SIQUEIRA, L. Q. et al. Possíveis prejuízos decorrentes do uso de tabaco e álcool durante a gestação. *Bauru*, v. 36, n. 2, p. 587-599, 2017.

SO, M. et al. Early childhood dental caries, mouth pain, and malnutrition in the ecuadorian amazon region. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(550), pp. 1–12, 2017.

SOARES, D. G. et al. Implementation of childcare and care challenges in the family health strategy in a city of the Ceará state. *Rev Bras Promoc Saúde.* 2016.

SOMBRA, P. V. Supplementary food and food intake manufactured in Children three years of age...*Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2017, Outubro 5(3): 45-51. DOI: <https://dx.doi.org/10.18316/sdh.v5i3.3957>.

SOTEROA, A. M. et al. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Rev Paul Pediatr.* 2015;**33(4)**:445---452. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.006>.

SOUZA, A. M. et al. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev Saúde Pública*, v. 47, (Supl 1), p. 190-199, 2013.

SOUZA, B. S. et al. Alimentação complementar e obesidade infantil. ISSN online: 2176-4069 Centro Universitário Padre Anchieta. *Revista Multidisciplinar da Saúde (RMS)*, v. 3, n.02, ano 2021, p. 01-15.

SOUZA, J. P. O. et al. Charcterization of feeding of children under 24 months in units cared by the Family health Strategy. *Rev Paul Pediatr.* 2020;**38**:e2019027. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2019027>.

STALIN, R. R. P. et al. perfil das consultas de puericultura realizadas somente por enfermeiros. *Rev. Terra & Cult.:* v. 35, n. especial, 2019.

STOCO, G. et al. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v.16, n.4, p. 2311-2321, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400031. Acesso em: 02 de ago. 2021.

STRAUSS, J. M. CONDE, S. R. Influência das mídias e eletrônicos no consumo alimentar e no estado nutricional de crianças: revisão integrativa. *RECIMA21 -Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia*, v.2, n. 1, 2021.

SUNGUYA, B. F. et al. Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices for children aged six months to two years: a systematic review. *Nutr J* 2013; 12:66.

TAGLIARI, I. A. et al. Overweight and low height in children of urban, rural and indigenous communities. *J Hum Growth Dev.* 2016; 26(1): 67-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113723>.

TEIXEIRA, G. A. Práticas alimentares dos lactentes. *Saúde (Santa Maria)*. [Internet] 2015;41(2) [acesso em 01 ago 2021]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583415239>.

TEIXEIRA, P. C. et al. Síndrome alcoólica fetal e consequências para o feto: A perspectiva materna sobre a ingestão de álcool na gravidez. *Saúde coletiva* • 2019; (09) N.50.

TORQUATO, R. C. et al. Perfil de nutrizes e lactentes atendidos na Unidade de Atenção Primária de Saúde. *Esc Anna Nery*, v. 22, n. 1, 2018.

TOY, V. E.; USLU, M. O. Do Genetic Polymorphisms Affect Susceptibility To Periodontal Disease? A Literature Review. *Nigerian Journal of Clinical Practice.*, v. 22, p. 445-53, 2019.

TSUZUKI, F.M. et al. Prevalência e severidade da cárie dentária em um município em condição de vulnerabilidade social no Estado do Paraná. *Arch Health Invest*, v. 7, n. 4, p. 129 – 133, 2018.

VALERO, L. G. et al. Association between passive tobacco exposure and caries in children and adolescents. A systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 13, n. 8, 2018.

VALOIS, R. C. et al. Conhecimento dos riscos do parto cesáreo entre gestantes atendidas no pré-natal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Vol. Sup.32 – pg 1 -9, 2019.

VARGAS, C. L. et al. Growth of Prematures up to Two Years of Life: Integrating Review of LiteratureBraz. *J. of Develop.*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 72-84, jan./jun. 2017.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em Enfermagem e Educação em Saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. v.16, n.2, p.326- 331, 2012. acessado em 27 de junho de 2021.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2016.

VIEIRA, D. S. et al. Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1242.

VIEIRA, V. C. L. et al. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: atuação do enfermeiro. *CogitareEnferm*. v.17, n.1, p.119-25, 2012. acessado em 27 de junho de 2021.2016.

VIERA, M. M. et al. A Atenção da Enfermagem na Saúde da Criança: revisão integrativa da literatura. *Revista Uniara*. v.18, n.1, p.97-115, 2015. acessado em 25 de junho de 2021.

VITOLO, M. R. et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saude Publica* 2014; 30(8):1695-1707.

VORSTER, H. H. et al. Have milk, maas or yoghurt every day: a food-based dietary guideline for South Africa. **S . Afr. J. Clin. Nutr.** , v. 26, n. 3, p. 57-65, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications**. Washington, D.C.: PAHO. Pan American Health Organization;2015.

_____. Child Growth Standards. Geneva: 2009 Disponível em:<http://www.who.int/childgrowth/standards/velocity/tr3_velocity_report.pdf>. Acessado em: 27/07/2021.

_____. Oral Health. Geneva, World Health Organization, 2019.

ZAGO, J. T. C. et al. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. *Rev. CEFAC*, v. 19, n.3, p.320-329, 2017.

ZUFFO, C. R. K. et al. Prevalência e fatores de risco da anemia em crianças, *J. Pediatr.* (Rio J.) Vol.92 no.4 Porto Alegre jul./ago.2016.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira -
UNILAB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Senhor (a):

Eu, N'ghalna da Silva, CPF 618.604.573-04, enfermeiro, estou realizando uma pesquisa intitulada “**Saúde bucal, enteroparasitoses e crescimento e desenvolvimento de crianças atendidas em unidades básicas de saúde: caracterização e associação**”, no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito, situados no município de Acarape – CE, juntamente com estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e colaboração da **Ana Caroline Rocha de Melo Leite**, odontóloga (dentista) e docente (professora) da UNILAB, **Davide Carlos Joaquim**, enfermeiro e doutorando do Programa de Pós-graduação em Ciências Morfofuncionais da Universidade Federal do Ceará (UFC), **Erika Helena Salles de Brito**, médica veterinária e docente da UNILAB, e **Edmara Chaves Costa**, médica veterinária e docente da UNILAB.

Esse projeto tem como objetivo caracterizar e associar (ligar) a realidade vivenciada (vivida) por crianças atendidas em unidades básicas de saúde (postos de saúde) de Acarape, como o (a) seu (a) filho (a), sob o ponto de vista da saúde bucal (boca), das enteroparasitoses (vermes presentes no intestino ou barriga) e do crescimento e desenvolvimento infantil (criança).

Caso o (a) senhor (a) aceite que seu (a) filho (a) participe desse estudo, o (a) senhor (a) preencherá um questionário, contendo perguntas sobre: - aspectos socioeconômicos (relacionados à sociedade e ao dinheiro) e demográficos (relativos à população); - fatores biológicos da criança (como sexo, idade, peso, altura e outros); - busca por serviço de saúde para a criança; - condições relacionadas à gestação (gravidez) (como realização de consulta de pré-natal, consumo de bebida alcoólica, hábito de fumar, tipo de parto e outros); - hábitos alimentares (o que a criança costuma comer) e de higiene oral (o que a criança costuma utilizar na limpeza bucal); - uso de fármacos (remédios) pela criança; - histórico de parasitoses (se a criança já apresentou algum tipo de verme intestinal e qual).

Em seguida, serão registrados o peso e a altura do (a) seu (a) filho (a) para avaliação do crescimento e, para a análise (avaliação) do desenvolvimento dele (a), será aplicado o Teste de Triagem de Denver II. Esse teste analisará o estado (condição) do desenvolvimento físico (corpo), intelectual (mente) e psicomotor (comportamento e movimento) do (a) seu (a) filho (a). Para isso, será pedido que ele (a) realize algumas atividades na presença do (a) senhor (a) e da equipe do estudo, como jogar bola, gritar, ficar de pé, desenhar, correr e andar para trás.

Logo após, será pedido que seu (a) filho (a) cuspa em um copinho descartável para que se quantifique (meça) o pH da saliva (saber se ela é ácida, neutra ou básica). Será pedido ainda a ele (a) que abra bem a boca para que um swab estéril (uma espécie de um pequeno cotonete ou haste com as pontas cobertas por algodão) seja rapidamente colocado próximo à garganta e se colete (colha) na língua um material que será avaliado pela equipe do projeto. Nesse material, será pesquisada (investigada) a presença de *Candida sp.* (um germe do tipo fungo que pode causar doença). Será pedido ainda ao dentista do (a) seu (a) filho (a)

informações quanto ao número de dentes cariados (destruídos pela ação do “bichinho da cárie”), perdidos (ausentes) e obturados (“consertados”).

Será pedido ainda que o (a) senhor (a) colete, em um frasco dado pela equipe do projeto, uma amostra de fezes do (a) seu (a) filho (a) para verificar se há vermes, exame que será feito pelos próprios pesquisadores do projeto. Caso sejam observados, o (s) senhor (a) será orientado (a) a receber a medicação (remédio) na unidade básica de saúde (posto de saúde) para que possa dá-la ao (a) seu (a) filho (a) e ele (a) fique livre dos vermes. A equipe do projeto também conversará com o (a) senhor (a) sobre como prevenir (evitar) a obtenção (conseguir) desses vermes pela criança.

Espera-se, com esse projeto, saber como é a saúde bucal e o crescimento e desenvolvimento do (a) seu (a) filho (a) e se ele tem parasitas intestinais (vermes no intestino) e se cada uma dessas condições (situações) influencia a outra. Para isso, peço a permissão do (a) senhor (a) para que o (a) seu (a) filho (a) participe desse estudo. A participação dele (a) nesse projeto permitirá saber se serão necessárias a aplicação (realização) de medidas (ações) que possam melhorar o estado de saúde do (a) seu (a) filho (a). A participação dele (a) nesse projeto não trará qualquer prejuízo no atendimento dele (a) nas unidades básicas de saúde.

Informo ainda, que:

- ✓ O (a) senhor (a) não deve participar contra a sua vontade;
- ✓ A sua participação e do (a) seu (a) filho (a) exigirá tempo;
- ✓ O (a) senhor (a) tem o direito de não permitir a participação do (a) seu (a) filho (a) nesse projeto;
- ✓ O (a) seu (a) filho (a) tem o direito de não concordar em participar do estudo;
- ✓ O nome nem qualquer outra informação do (a) senhor (a) e do (a) seu (a) filho (a) que possa identificá-los (as) serão divulgados;
- ✓ Mesmo que o (a) senhor (a), tendo aceitado a participação do (a) seu (a) filho (a) nesse projeto, se por qualquer motivo, durante o andamento do projeto, resolver desistir, o (a) senhor (a) tem toda a liberdade para retirar a participação dele (a) (sair do estudo);
- ✓ A sua colaboração e participação poderão trazer benefícios (ajuda) às crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto São Benedito e a outras crianças de Acarape e de outros municípios, como a realização de ações que colaborem (ajudem) com a saúde bucal e geral de crianças e o desenvolvimento de outros projetos e pesquisas que abordem (tragam) problemas de saúde apresentados por crianças e possíveis soluções. Isso será possível porque se conhecerá a saúde bucal e o crescimento e desenvolvimento das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto São Benedito e se elas têm parasitas intestinais;
- ✓ Esse projeto apresenta riscos (perigo) mínimos aos participantes, a saber: - constrangimento (achamento) social, pela estigmatização (reprovação) associada à participação em pesquisas e menção do estado civil, grau de escolaridade, profissão e quantidade de pessoas que residem na mesma casa; - constrangimento cultural, pela exposição dos hábitos (costumes) relacionados (ligados) à alimentação e à higiene oral e relato da história de parasitoses; - constrangimento econômico, pela menção do benefício social, renda mensal e condição da residência (própria, alugada ou cedida) e de habitação; - constrangimento moral, pelo registro de aspectos relacionados ao período gestacional; - constrangimento da criança pelo registro (anotação) de seu peso e do Índice ceo-d; - desconforto (incômodo ou inquietação) quanto à inserção (colocação) do swab na cavidade oral para a coleta da microbiota. Entretanto, esses possíveis riscos serão diminuídos pelo projeto ao garantir a confidencialidade (segredo), privacidade (vida particular) e proteção da imagem dos participantes, além

de permitir o acesso às informações obtidas apenas pela equipe da pesquisa. Além do que, a equipe será capacitada (treinada) para todas as etapas (fases ou passos) de coleta de dados (informações), inclusive na abordagem (contato) confidencial (reservado) dos participantes, coleta da microbiota oral e registro do Índice ceo-d, de forma a evitar ao máximo os possíveis tipos de constrangimentos apresentados acima.

- ✓ Não haverá nenhum gasto para o (a) senhor (a), já que a pesquisa será feita quando o (a) seu (a) filho (a) estiver na unidade básica de saúde;
- ✓ O (a) senhor (a) não será recompensado (a) financeiramente pela participação do (a) seu (a) filho (a) no projeto (não receberá dinheiro pela sua participação no projeto);
- ✓ A qualquer momento o (a) senhor (a) poderá ter acesso aos dados (informações) do projeto;
- ✓ Em qualquer etapa do estudo, o (a) senhor (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pelo projeto para o esclarecimento de eventuais dúvidas;
- ✓ Eu estarei disponível para qualquer outro esclarecimento na secretaria do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UNILAB – Campus das Auroras - Rua José Franco de Oliveira, s/n - Zona Rural, CEP 62790-970 - Redenção – CE, pelo telefone (85) 3332-6198 e pelo e-mail nghalnadasilva@gmail.com. **Ana Caroline Rocha de Melo Leite** estará disponível no Instituto de Ciências da Saúde da UNILAB – Campus dos Palmares – Rodovia CE 060 – Km 51 – CEP 62.785-000 – Acarape – CE, pelo telefone (85) 3332-1414 e pelo e-mail acarolmelo@unilab.edu.br. A **Erika Helena Salles de Brito** estará disponível no Instituto de Ciências da Saúde da UNILAB – Campus dos Palmares – Rodovia CE 060 – km 51 – CEP 62.785-000 – Acarape – CE, pelo telefone (85) 3332-1414 e pelo e-mail erika@unilab.edu.br. A **Edmara Chaves Costa** estará disponível no Instituto de Ciências da Saúde da UNILAB – Campus dos Palmares – Rodovia CE 060 – km 51 – CEP 62.785-000 – Acarape – CE, pelo telefone (85) 3332-1414 e pelo e-mail edmaracosta@unilab.edu.br. O **Davide Carlos Joaquim** estará disponível na secretaria do Programa de Pós-graduação em Ciências Morfológicas da UFC – Rua Delmiro de Farias, s/n – Rodolfo Teófilo – CEP 60430-170 – Fortaleza -CE pelo telefone (85) 3366-8471 e pelo e-mail davidejoaquim@hotmail.com.
- ✓ O (a) senhor (a) tem o direito de ser mantido (a) atualizado (a) sobre os resultados parciais desse projeto;
- ✓ Os resultados obtidos serão apresentados aos estudantes, professores e pesquisadores, respeitando a identidade do (a) senhor (a) e do (a) seu (a) filho (a);
- ✓ Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNILAB - Endereço: Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3332-6190. E-mail: cep@unilab.edu.br.
- ✓ Esse Termo será assinado em 2 vias, permanecendo uma das vias com o (a) senhor (a), rubricado (assinado abreviadamente) em todas as suas páginas e assinado na última página, caso o (a) senhor (a) concorde em participar da pesquisa;
- ✓ Eu, _____ (nome), acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre o estudo acima. Ficaram claros para mim quais são os propósitos (objetivos) do estudo, os procedimentos (métodos) a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade (sigilo) e de esclarecimentos (explicações) permanentes. Ficou claro também que a minha participação e a do (a) (s) meu (a) filho (a) (s) são isentas (livres) de despesas. Concordo que meu (a) filho (a) participe voluntariamente (espontaneamente) desse estudo e que poderei retirar o

consentimento (permissão) dele (a) a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem penalidades (punição) ou prejuízo para o atendimento do (a) meu (a) filho (a) no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito.

Acarape, dede



Assinatura do representante legal

Impressão do Polegar

Data ____ / ____ / ____

(Caso não saiba assinar)

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Para casos de pais analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Data ____ / ____ / ____

N' ghalna da Silva

Pesquisador colaborador

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO DE MENOR



Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira -
UNILAB

TERMO DE ASSENTIMENTO DE MENOR

O termo de assentimento não elimina a necessidade de fazer o termo de consentimento livre e esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Esse Termo de Assentimento de Menor será aplicado a crianças de 4 a 6 anos atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto de Saúde São Benedito, situados no município de Acarape – CE, participantes da pesquisa “**Saúde bucal, enteroparasitoses e crescimento e desenvolvimento de crianças atendidas em unidades básicas de saúde: caracterização e associação**”, do qual sou pesquisador colaborador. O estudo será realizado também por estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e colaboração da **Ana Caroline Rocha de Melo Leite**, odontóloga (dentista) e docente (professora) da UNILAB, **Davide Carlos Joaquim**, enfermeiro e doutorando (estudante de doutorado) do Programa de Pós-graduação em Ciências Morfofuncionais da Universidade Federal do Ceará (UFC), **Erika Helena Salles de Brito**, médica veterinária e docente da UNILAB, e **Edmara Chaves Costa**, médica veterinária e docente da UNILAB.

Esse projeto tem como objetivo caracterizar (descrever) e associar (ligar) a realidade vivenciada (vivida) por crianças atendidas em unidades básicas de saúde (postos de saúde) de Acarape, como você, sob o ponto de vista da saúde bucal (boca), das enteroparasitoses (vermes presentes no intestino ou barriga) e do crescimento e desenvolvimento infantil (criança).

Para sua melhor compreensão (entendimento), será feita uma apresentação teatral com fantoches trazendo todas as atividades (tarefas) que a pesquisa precisará que você realize (faça). Abaixo, segue a peça:

Mariazinha e seu interesse pelo crescimento e desenvolvimento

Narrador: Mariazinha era uma menina muito curiosa e um dia perguntou a sua vizinha...

Mariazinha: Vizinha, por que a senhora pede para que eu coma comidinhas gostosas e saudáveis?

Vozinha: Mariazinha, você precisa comer essas comidinhas para você crescer bem e ser uma menina bem esperta.

Mariazinha: Vizinha, o que eu posso comer?

Vozinha: Mariazinha, você pode comer frutas, verduras, legumes, arroz, feijão, ovo, carne, frango, peixe, leite, iogurte e queijo.

Mariazinha: Vizinha, eu não posso comer bolo, bolacha recheada, refrigerante, suco de caixinha, chocolate, bombom e sorvete?

Vozinha: Mariazinha, você pode comer poucas vezes e em momentos importantes, como no seu aniversário. Quando você comer, Mariazinha, você precisa escovar os dentinhos, como o Dr. Dentista sempre fala e mostra para você.

Mariazinha: Está certo, Vizinha. Eu me lembro que o Dr. Dentista me fala que eu preciso escovar para evitar o “bichinho da cárie”. Ah, ele também me diz que eu tenho que comer

direitinho porque existem outros bichinhos na boca que podem causar doença. Mas, Vozinha, como eu vou conseguir saber se eu estou crescendo direitinho e se eu serei uma garota esperta?

Vozinha: Mariazinha, a mãe do seu amiguinho Joãozinho me falou que no posto de saúde onde você vai para a consulta com o Dr. Dentista estão fazendo uma pesquisa que anota o peso e a altura da criança e fazem algumas brincadeiras, como jogar bola, gritar, ficar de pé, desenhar, correr e andar para trás, para saber se a criança é esperta. Ela me falou ainda que os pesquisadores pediram ao Joãozinho para cuspir em um copinho para ver como estava a saliva dele. Ele achou bem divertido.

Mariazinha: Vozinha, eu também gostaria de participar da pesquisa para saber tudo isso. Quando poderemos ir?

Vozinha: Mariazinha, você precisa ir com a sua mãe ou seu pai no dia da consulta com o Dr. Dentista. Chegando lá, sua mãe ou o seu pai terá que assinar um termo para permitir que você possa participar. Ele ou ela terá que preencher um questionário e você terá que dizer se quer ou não participar da pesquisa. Mas se você não quiser, não terá problema. Também, se você quiser desistir, mesmo já tendo começado a participar das atividades, não terá problema.

Mariazinha: Está certo, Vozinha. Entendi direitinho.

Vozinha: Ah, Mariazinha, eu me esqueci de dizer que foi colhido da boca do Joãozinho um material para saber se ele tem um bichinho que pode causar doença. Foi colhido colocando uma espécie de cotonete na língua dele. Mas foi rápido. Ele não achou ruim. Depois, a mãe do Joãozinho vai colher em um frasquinho as fezes dele para saber se tem algum verme. Será bom porque o verme pode causar doença nele e até ser ruim para o crescimento dele.

Narrador: No dia seguinte, quando a Mariazinha estava indo ao posto de saúde com a sua mãe para a consulta com o Dr. Dentista, ela se encontrou com o Joãozinho. Ela aproveitou e perguntou para o Joãozinho sobre como foi a participação na pesquisa.

Mariazinha: Oi, Joãozinho. Minha Vozinha me falou o que você fez lá no posto. Você achou legal?

Joãozinho: Oi, Mariazinha, eu achei legal. Mediram o meu peso e a minha altura, eu brinquei, cuspi no copinho e até gravei a minha voz dizendo se eu queria ou não participar dessas atividades. Eles vão até conversar com o Dr. Dentista para saber como está a saúde da minha boca.

Mariazinha: Legal, Joãozinho. Acho que eu vou gostar. Estou indo para o Dr. Dentista. Chegando lá, eu vou ver com a mamãe se eu vou participar. Obrigada. Tchau, Joãozinho!

Joãozinho: Ah, Mariazinha, não se preocupe porque, em todos os momentos, eu estava com a minha mãe. Tchau, Mariazinha!

Espera-se, com esse projeto, saber como é a sua saúde bucal e o seu crescimento e o seu desenvolvimento e se você tem parasitas intestinais (vermes no intestino) e se cada uma dessas condições (situações) influencia a outra. Para isso, peço a sua permissão para participar desse estudo. A sua participação permitirá saber se serão necessárias a aplicação (realização) de medidas (ações) que possam melhorar o seu estado de saúde. A sua participação nesse projeto não trará qualquer prejuízo no seu atendimento nos postos de saúde.

Assim, gostaria de gravar um áudio seu falando se aceita ou não participar da pesquisa. Você não precisa se preocupar porque seus pais já sabem sobre a pesquisa.

Acarape, ____ de ____ de ____.

N'ghalna da Silva

Pesquisador colaborador

APÊNDICE C - ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS, DADOS GESTACIONAIS E HÁBITOS ALIMENTARES E DE HIGIENE BUCAL

Projeto – Saúde Bucal, Enteroparasitoses e Crescimento e Desenvolvimento de Crianças Atendidas em Unidades Básicas de Saúde: Caracterização e Associação

Nome - _____
Data - ____/____/_____
Nome da criança - _____

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a responder esse questionário que contém perguntas sobre diferentes aspectos associados à vida do (a) seu (a) filho (a). Por favor, responda os itens abaixo.

I- DADOS DA CRIANÇA

1. Nome _____

Sexo ____ Cor _____ DN ____/____/_____

2. O seu filho nasceu: 1() Com menos de 9 meses de gestação 2() Com 9 meses de gestação 3() Com mais de 9 meses de gestação

Peso _____ e Comprimento _____ ao nascer/Peso _____ e Comprimento _____ atuais.

3. O seu filho é acompanhado pelo serviço de saúde? 1() Sim 2() Não

4. O seu filho vai ao dentista? 1() Sim 2() Não

4.1. Por que razão (s)?

5. O seu filho já apresentou vermes? 1() Sim 2() Não

Qual (s)? _____

5.1 O seu filho fez uso de algum remédio para verme nos últimos 6 meses? 1() Sim 2() Não

5.2. Se sim, qual

(s)? _____

6. O seu filho utiliza algum outro remédio? 1() Sim 2() Não

6.1. Se sim, qual (s)?

II- DADOS DA GESTAÇÃO

7. Nome _____ Cor _____ DN ____/____/____

8. A senhora queria ter engravidado? 1() Sim 2() Não

9. Com quantos anos a senhora engravidou? _____

10. A senhora já teve algum aborto? 1() Sim 2() Não

11. O seu filho tem quantos irmãos? _____ Em geral, qual o intervalo entre uma gestação e outra? _____

12. A senhora já foi submetida a: 1() Parto normal 2() Parto cesariano 3() Parto gemelar

13. A senhora fez pré-natal? 1() Sim 2() Não

13.1. Número de consultas do pré-natal:

1() 2 a 3 pré-natais 2() 4 a 6 pré-natais 3() 7 ou + pré-natais

14. A senhora fumou durante a gestação? 1() Sim 2() Não Quantos cigarros ao dia? _____

15. A senhora tomou bebida alcoólica durante a gestação? 1() Sim 2() Não Qual frequência?

16. A senhora amamentou? 1() Sim 2() Não Por quanto tempo? _____

17. Na sua família, há história de morte em crianças menores de 5 anos? 1() Sim 2() Não

17.1 Se sim, qual (s) motivo (s)?

III- CONDIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA

18. Qual o seu estado civil? 1() Casado (a) 2() Solteiro (a) 3() Divorciado (a) 4() Viúvo (a)

19. Qual o seu grau de escolaridade?

1 () Não alfabetizado 6 () Ensino superior incompleto

2 () Ensino fundamental incompleto 7 () Ensino superior completo

3 () Ensino fundamental completo 8() Pós-graduação

Especifique _____

20. Qual a sua profissão? _____

21. Sua família recebe algum tipo de benefício social? 1() Sim 2() Não

21.1 Se sim, qual? _____

22. Qual a sua renda mensal média familiar? _____

23. Quantas pessoas moram na sua casa? _____

24. Sua residência é: 1() Própria 2() Alugada 3() Cedida

25. Quais as suas condições de habitação?

Rede de esgoto: 1() Sim 2 () Não

Água encanada: 1() Sim 2() Não

Energia elétrica: 1() Sim 2() Não

IV - HÁBITOS ALIMENTARES

26. Com que frequência a criança consome estes alimentos/bebidas:

26.1. Bolacha doce/recheada? _____

26.2. Sobremesa (sorvete, bolo e torta doce)? _____

26.3. Chiclete/bala/pirulito? _____

26.4. Chocolate? _____

26.5. Café com açúcar?

26.6. Leite com açúcar?

26.7. Suco de fruta com açúcar?

26.8. Suco de caixa?

26.9. Refrigerante?

26.10. Refresco em pó?

26.11. Achocolatado?

27. Excluindo os alimentos acima, o seu filho costuma comer diariamente (por favor, especificar manhã, tarde e noite. Se o seu filho consumir algum dos alimentos acima sem açúcar, por favor, colocar)?

V. HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

28. O (a) senhor (a) escova os dentes do seu filho? 1() Sim 2() Não

Quantas vezes ao dia?

Qual (s) o (s) horário (s) o (a) senhor (a) escova os dentes dele? _____

29. Com que frequência o (a) senhor (a) troca a escova de dentes do seu filho?

30. O que o (a) senhor (a) usa para escovar os dentes do seu filho? _____

Obrigado (a)!

ANEXO A - TESTE DE TRIAGEM DO DESENVOLVIMENTO DE DENVER II

Escala de Denver II

Examinador: _____ Data: _____ Nome: _____
 Aniversário: _____ ID No.: _____

MESES 3 4 5 6 9 12 18 24 30 36 ANOS 3 4 5 6

Denver II

Percentil de passe para crianças
 25 50 75 90
 Nota passível de obtenção
 Nota de corte de 1º teste
 Nota de corte de 2º teste

PERSONAL/SOCIAL

MOTOR FINO-ADAPTATIVO

LINGUAGEM

MOTOR GROSSO

COMPORTAMENTO DURANTE O TESTE
 (Check boxes são para o 1º, 2º ou 3º teste)
 É o marcar após o 6º mês de idade

Típico
 Sim Não

Cooperação (Ver nota 31)
 Sempre coopera
 Geralmente coopera
 Raramente coopera

Interesse no ambiente
 Alerta
 Um pouco desinteressado
 Totalmente desinteressado

Medo
 Nenhum
 Moderado
 Extremo

Atenção
 Adequada
 Distraída um pouco
 Muito distraída

Genêres e comentários - to.denver2@gmail.com
 Atualizado em 24 de março de 2009

© 1998 - 1999 - 1996 W. K. Frankenburg and J. B. Dodds © 1978 W. K. Frankenburg

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde bucal, enteroparasitoses e crescimento e desenvolvimento de crianças atendidas em unidades básicas de saúde: caracterização e associação

Pesquisador: Ana Caroline Rocha de Melo Leite

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38003820.9.0000.5578

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.432.501

Apresentação do Projeto:

1. Principais patologias orais: cárie e doença periodontal

- Conceito
- Epidemiologia
- Cárie na infância.
- Doenças periodontais (gingivite e periodontite).
- Importância da Prevenção e Promoção da Saúde.

2. Enteroparasitoses e possíveis repercussões na cavidade oral

- Epidemiologia
- Alta prevalência em crianças.
- Consequências.
- Relação com a cárie e com o crescimento e desenvolvimento.

Questionamento - Qual é a realidade vivenciada por crianças atendidas em unidades básicas de saúde de um município cearense, sob o ponto de vista da saúde bucal, das enteroparasitoses e do crescimento e desenvolvimento?; - há uma associação entre essas variáveis?

Endereço: Avenida da Abolição, 3, Sala 303, 3ª Andar, Bloco D, Campus das Auras, 4, Rua José Franco de Oliveira, s/n
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-970
UF: CE **Município:** REDENÇÃO
Telefone: (85)3332-6190 **E-mail:** cep@unilab.edu.br

Continuação do Protocolo: 4.432.501

Para esses questionamentos, foram formuladas as seguintes hipóteses: - A saúde bucal e o crescimento e desenvolvimento dessas crianças mostram-se inadequados, fenômeno acompanhado pela presença de enteroparasitoses; - Há uma relação significativa e mútua entre a saúde bucal inadequada, a presença de enteroparasitoses e o crescimento e desenvolvimento inapropriados dessas crianças.

Justificativas - Diante da importância que a cárie precoce na infância assume no cenário mundial e a vulnerabilidade de crianças a enteroparasitoses e doença periodontal, associada à possível influência dessas condições sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e limitada literatura abordando a relação entre todas essas variáveis, torna-se necessário estudar essa relação em crianças, especialmente as da Região Nordeste, pela concentração significativa de pobreza nessa área (SANTO; SILVA, 2019).

Nesse sentido, vale ressaltar que a Região Nordeste se destaca por apresentar um dos três maiores índices ceo-d de crianças de 5 anos de idade entre as regiões brasileiras (BRASIL, 2012), além da elevada prevalência de enteroparasitoses, especialmente entre esse público (ALVES et al., 2014). Nesse contexto, estudo conduzido no Ceará apontou uma maior prevalência de parasitas na faixa etária de 0 a 13 anos, especialmente *Giardia lamblia*, enteroparasita causador de diarreia, má absorção de ferro e vitaminas e retardo no desenvolvimento (SANTOS et al., 2016). Especificamente, esse achado desperta para a necessidade de um estudo que investigue a condição e a relação entre a saúde bucal, a presença de enteroparasitoses e o desenvolvimento e crescimento de crianças cearenses.

Objetivo da Pesquisa:

Geral - Caracterizar e associar a realidade vivenciada por crianças atendidas em unidades básicas de saúde de um município cearense, sob o ponto de vista da saúde bucal, das enteroparasitoses e do crescimento e desenvolvimento.

Específicos

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos e econômicos dos pais ou responsável de crianças de 6 meses a 6 anos de idade atendidas em unidades básicas de saúde de um município cearense;
- Identificar os fatores biológicos dessas crianças e a busca por serviço de saúde;
- Descrever as condições relacionadas ao período gestacional, os hábitos alimentares e de higiene

Endereço: Avenida da Abolição, 3, Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Aunoras 4, Rua José Franco de Oliveira, s/n
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-970
UF: CE **Município:** REDENÇÃO
Telefone: (85)3332-6190 **E-mail:** cep@unitab.edu.br

Continuação do Parecer: 4.432.921

oral, o uso de fármacos que influenciam o crescimento e o desenvolvimento infantil e a saúde bucal e o histórico de parasitoses dessas crianças;

- Avaliar o crescimento e o desenvolvimento dessas crianças;
- Quantificar os dentes cariados, com extração indicada e obturados, pelo registro do Índice ceo-d, e o pH salivar;
- Investigar a presença de *Candida sp.* na cavidade oral;
- Detectar enteroparasitoses;
- Associar os aspectos sociodemográficos e econômicos dos pais ou responsável, os fatores biológicos das crianças, as condições relacionadas ao período gestacional, os hábitos alimentares e de higiene oral, o uso de fármacos que influenciam o crescimento e o desenvolvimento infantil e a saúde bucal e o histórico de parasitoses;
- Relacionar/comparar os aspectos sociodemográficos e econômicos dos pais ou responsável, os fatores biológicos das crianças e as condições relacionadas ao período gestacional com o crescimento e desenvolvimento infantil, o Índice ceo-d, o pH salivar e a presença de *Candida sp.* e de enteroparasitoses;
- Relacionar/comparar o Índice ceo-d, o pH salivar e a presença de *Candida sp.* e de enteroparasitoses com o crescimento e desenvolvimento;
- Relacionar/comparar o Índice ceo-d, o pH salivar e a presença de *Candida sp.* e de enteroparasitoses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos – Essa pesquisa minimizará os danos aos participantes e evitará os riscos previsíveis, no âmbito físico, moral, intelectual, social, psíquico, cultural ou espiritual, a curto e longo prazo, cumprindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Outros possíveis riscos aos quais os participantes estarão susceptíveis compreendem: - constrangimento social, pela estigmatização associada à participação em pesquisas e menção do estado civil, grau de escolaridade, profissão e quantidade de pessoas que residem na mesma casa; - constrangimento cultural, pela exposição dos hábitos relacionados à alimentação e à higiene oral e relato da história de parasitoses; - constrangimento econômico, pela menção do benefício social, renda mensal e condição da residência (própria, alugada ou cedida) e de habitação; - constrangimento moral, pelo registro de aspectos relacionados ao período gestacional.

Inclusão ok sobre possível constrangimento para alguma criança com relação ao peso, coleta de

Endereço: Avenida da Abolição, 3, Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Azeitonas, Rua José Franco de Oliveira, s/n
Bairro: Centro Redenção CEP: 62.790-970
UF: CE Município: REDENÇÃO
Telefone: (85)3332-6190 E-mail: cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 4.432.581

dados do cirurgião-dentista (Dentograma).

Além de inclusão ok sobre desconforto quando um swab for realizar a coleta de material da língua perto da garganta da criança.

Entretanto, esses possíveis riscos serão minimizados pelo fato do projeto assegurar a confidencialidade, privacidade e proteção da imagem dos participantes, além de garantir o acesso restrito (apenas da equipe do projeto) às informações coletadas.

Especificado sobre a minimização ok

Benefícios: Vale ressaltar que os participantes da pesquisa poderão contribuir para a realização de ações de promoção, manutenção e restabelecimento da saúde bucal e geral de crianças atendidas nas unidades básicas de saúde de Acarape e de outros municípios do Maciço de Baturité, bem como no desenvolvimento de outros projetos e pesquisas que abordem problemas de saúde apresentados por esse público e possíveis soluções.

TCLE - A sua colaboração e participação poderão trazer benefícios (ajuda) às crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto São Benedito e a outras crianças de Acarape e de outros municípios, como a realização de ações que colaborem (ajudem) com a saúde bucal e geral de crianças e o desenvolvimento de outros projetos e pesquisas que abordem (tragam) problemas de saúde apresentados por crianças e possíveis soluções. Isso será possível porque se conhecerá a saúde bucal e o crescimento e desenvolvimento das crianças atendidas no Centro de Saúde de Acarape e Posto São Benedito e se elas têm parasitas intestinais;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa ampla, com objetivos a serem contemplados em outros objetos na perspectiva da segurança e Promoção da Saúde das crianças cearenses.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de Encaminhamento ao CEP anexada e assinada.

Carta de Anuência da Instituição – Assinada e carimbada pela Secretária de Saúde do Município.

Folha de rosto – ok Assinada e carimbada pelo Diretor do Instituto.

Declaração de Ausência de ônus – OK

Cronograma – ok.

Lattes – ok. Em anexo de todos os participantes da pesquisa.

Endereço: Avenida da Abolição, 3, Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Aunetas, J. Rua José Franco de Oliveira, s/n
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.700-670
UF: CE **Município:** REDENÇÃO
Telefone: (85)3332-6190 **E-mail:** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 4.432.551

Declaração de Concordância – ok

Declaração de Propriedade da Informação - ok

Orçamento – OK.

TCLE – ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

1- O CEP informa a necessidade futura de postar na Plataforma Brasil, o relatório de pesquisa Parciais e final (Res. 466/12, conforme a qual II.19 - relatório final - é aquele apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados; II.20 - relatório parcial - é aquele apresentado durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento;) ou apenas o relatório final (Resolução 510/2016, conforme a qual o pesquisador deve apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção).

2- Salienta-se que todas estas exigências estão respaldadas nas recomendações que a Comissão Nacional de ética em Pesquisa fornece aos CEPs locais.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1629106.pdf	27/11/2020 18:53:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_Novo_TCLE.pdf	27/11/2020 18:52:21	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Nova_Carta_de_representacao_do_projeto.pdf	27/11/2020 18:50:14	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Novo_Projeto.pdf	21/11/2020 05:47:01	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Nova_Declaracao_de_Propriedade_da_Informacao.pdf	21/11/2020 05:44:38	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
TCLE / Termos de	Termo_de_Assentimento_de_menor.	21/11/2020	Ana Caroline Rocha	Aceito

Endereço: Avenida da Abolição, 3, Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Aúoras | Rua José Franco de Oliveira, s/n
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-970
UF: CE **Município:** REDENÇÃO
Telefone: (85)3332-6190 **E-mail:** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 4.432/201

Assentimento / Justificativa de Ausência	pdf	05:43:39	de Melo Leite	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE.pdf	21/11/2020 05:43:19	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Novo_Termo_de_Ausencia_de_Onus.pdf	21/11/2020 05:42:48	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Carta_de_reapresentacao_do_projeto.pdf	21/11/2020 05:40:07	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Parecer Anterior	PE_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4327064.pdf	21/11/2020 05:39:34	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_ok.pdf	14/09/2020 17:10:47	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Curriculo_Edmara_Chaves.pdf	11/09/2020 07:18:10	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Curriculo_Erika_Salles.pdf	11/09/2020 07:17:51	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Curriculo_Nghalua.pdf	11/09/2020 07:17:35	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Curriculo_Davide.pdf	11/09/2020 07:17:13	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Curriculo_Ana_Caroline_Rocha.pdf	11/09/2020 07:16:49	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Ficha_clinica.pdf	11/09/2020 07:16:19	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Questionario.pdf	11/09/2020 07:15:46	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	11/09/2020 07:15:24	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_execucao.pdf	11/09/2020 07:15:08	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_de_Onus.pdf	11/09/2020 07:14:52	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Declaracao_Proprietade_da_Informacao.pdf	11/09/2020 07:14:16	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Lista_da_equipe_participante.pdf	11/09/2020 07:13:39	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Carta_de_Submissao_CEP.pdf	11/09/2020 07:13:01	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Outros	Carta_de_Autorizacao_da_Pesquisa.pdf	11/09/2020 07:12:39	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_Concordancia.pdf	11/09/2020 07:11:31	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	11/09/2020 07:11:11	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito

Endereço: Avenida da Abolição, 3, Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Azeitonas | Rua José Franco de Oliveira, s/n
Bairro: Centro Redenção CEP: 62.790-670
UF: CE Município: REDENÇÃO
Telefone: (85)3332-6190 E-mail: cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 4.432.591

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/09/2020 07:11:11	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/09/2020 07:10:51	Ana Caroline Rocha de Melo Leite	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

REDENCAO, 01 de Dezembro de 2020

Assinado por:

EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida da Abolição, 3, Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Aunias, Rua José Franco de Oliveira, s/n
Bairro: Centro Redenção CEP: 62.790-670
UF: CE Município: REDENCAO
Telefone: (85)3332-6190 E-mail: cap@unilab.edu.br