

# Prevalência de má oclusão em crianças de quatro anos de idade e fatores associados na Atenção Primária à Saúde

Mayara Rodrigues Pereira  
Lucas Eduardo Jardim  
Márcia Cançado Figueiredo  
Daniel Demétrio Faustino-Silva

## RESUMO

Objetivo: avaliar a prevalência de má oclusão em crianças nascidas em 2010 e sua associação com a realização de consultas odontológicas em um serviço de Atenção Primária à Saúde. Métodos: estudo analítico transversal realizado em duas Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar. O exame de má oclusão das crianças com 4 anos completos foi realizado por dois dentistas treinados e calibrados, seguido da aplicação do questionário sobre hábitos da criança para o responsável. Os dados de consultas odontológicas foram coletados no Sistema de Informações do GHC. As análises foram feitas no programa SPSS através do teste Qui-quadrado e da Regressão de Poisson, com significância estatística de  $p < 0,05$ . Resultados: uma amostra consecutiva de 81 crianças com idade média de 58,8 (DP=4,8) meses foi avaliada, sendo 58% do sexo masculino. Do total, 28% das crianças apresentavam mordida aberta anterior, 10% de mordida cruzada posterior e selamento labial não adequado. Uso de chupeta ainda era presente em 22% das crianças. Não houve associação entre má oclusão e número de consultas odontológicas ( $p=0,837$ ), assim como realização de uma consulta anual até 4 anos de idade ( $p=0,684$ ). Na análise multivariada, houve associação significativa de má oclusão com uso de chupeta (RP=0,15, IC95%=0,07–0,35), bem como o seu tempo de uso (RP=1,05, IC95%=1.03-1.08). Conclusão: má oclusão na primeira infância está fortemente associada ao uso de chupeta e o acompanhamento precoce pela equipe de saúde bucal pareceu não interferir na cessação do hábito e regressão da oclusopatia aos 4 anos.

**Palavras chaves:** má oclusão, atenção primária à saúde, saúde bucal, crianças, serviços de saúde comunitária.

---

**Mayara Rodrigues Pereira** – Cirurgiã-dentista Especialista em Saúde Coletiva e da Família – Residência Integrada em Saúde Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

**Lucas Eduardo Jardim** – Cirurgião-dentista Especialista em Saúde Coletiva e da Família – Residência Integrada em Saúde Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

**Márcia Cançado Figueiredo** – Professora Associada de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Daniel Demétrio Faustino-Silva** – Professor do Programa de Pós-Graduação – Modalidade Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Odontólogo do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

**Autor para correspondência:** Daniel Demétrio Faustino-Silva. Av. Ipiranga, 8400/1303. Bairro Jardim Botânico. CEP: 911530-000. Porto Alegre/RS.

Stomatos	Canoas	Vol. 23	Nº 45	p.49-58	Jul./Dez. 2017
----------	--------	---------	-------	---------	----------------

# Prevalence of malocclusion in four-year-old children and associated factors in Primary Health Care

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the prevalence of malocclusion in children born in 2010 and its association with dental consultations in a primary health care service. **Methods:** a cross-sectional analytical study carried out in two Health Units of the *Grupo Hospitalar Conceição* (GHC), Porto Alegre-RS. The malocclusion test of children with 4 years of age was performed by two trained and calibrated dentists, followed by a questionnaire with the person responsible for the child's habits. Data from dental consultations were collected in the GHC Information System. The analyzes were performed in the SPSS program using the Chi-square test and the Poisson regression, with statistical significance of  $p < 0.05$ . **Results:** a consecutive sample of 81 children with mean age of 58.8 (SD=4.8) months was evaluated, being 58% male. 28% of the children had anterior open bite, 10% posterior crossbite and inadequate lip sealing. Pacifier use was still present in 22% of children. There was no association between malocclusion and number of dental appointments ( $p = 0.837$ ), as well as an annual consultation up to 4 years of age ( $p = 0.684$ ). In the multivariate analysis, there was a significant association of malocclusion with pacifier use (PR = 0.15, 95% CI = 0.07-0.35) as well as its duration of use (PR = 1.05, 95% CI = 1.03- 1.08). **Conclusion:** malocclusion in early childhood is strongly associated with pacifier use and early follow-up by the oral health team did not seem to interfere with cessation of the habit and regression of occlusion at 4 years.

**Keywords:** Malocclusion, Primary Health Care, Oral health, Child, Community Health Services.

## INTRODUÇÃO

A má oclusão pode ser definida como alteração do crescimento e desenvolvimento que afeta a oclusão dos dentes e é considerada um problema de saúde pública, pois apresenta alta prevalência e pode interferir negativamente na qualidade de vida (1), uma vez que, em muitos casos, essas alterações podem produzir desvios estéticos, assim como distúrbios funcionais de oclusão, mastigação, deglutição, fonação e respiração. Esses prejuízos podem interferir, inclusive, na interação social e no bem-estar psicológico dos indivíduos (2).

Dados relativos ao Levantamento Epidemiológico Nacional SB Brasil 2003 mostraram que, na época, aos 5 anos, 36,46% das crianças já apresentavam alguma alteração oclusal, através do Índice de Estética Dental (DAI) (3). Já no ano de 2010, os dados do novo levantamento, relativos à má oclusão, apontam uma prevalência de quase 29% de alterações de sobressaliência, quase 32% de sobremordida alterada, e quase 25% de mordida cruzada posterior. Além disso, observou-se que, nesta faixa etária, 69% das crianças tinha, pelo menos, uma das condições acima citadas (4). Sabe-se, nesse contexto, que muitas destas alterações podem ser evitadas durante a primeira infância, a partir da prevenção tanto de hábitos deletérios, quanto da perda precoce de dentes, evitando a desenvolvimento das oclusopatias na dentição permanente, o que requer tratamentos mais complexos.

Segundo Tomita et al. (2000) (5), as crianças brasileiras apresentam um elevado índice de extrações dentárias prematuras, sem manutenção do espaço perdido. Além disso, lesões de cárie extensas, não tratadas, podem ser fator agravante na determinação de más oclusões. Mendes et al. (2008) (6) afirmaram que os hábitos bucais deletérios são atitudes repetidas com finalidade determinada, capazes de provocar desequilíbrio na musculatura facial, podendo gerar más oclusões dentárias com grau de deformidade variável, de acordo com duração, frequência e intensidade do hábito. Além disso, sabe-se que o uso prolongado da chupeta e sucção digital são os principais hábitos bucais deletérios responsáveis por má oclusão. Santos et al. (2009) (7) afirmaram que os elevados percentuais de prevalência de hábitos de sucção não nutritiva estão comumente relacionados a alguns fatores sociais, como renda familiar, escolaridade dos pais e acesso a serviços odontológicos, culturais e etiológicos.

Alguns estudos tem, também, relatado a associação da presença destes hábitos ao aleitamento materno. Furtado e Filho (2007) (8) realizaram um estudo que constatou que a ausência de má oclusão nas crianças que receberam aleitamento materno por seis meses ou mais, foi maior do que nas crianças com menor período de aleitamento materno. Mendes et al. (2008) (6) observaram uma associação entre os tipos de aleitamento e os hábitos de sucção não nutritivos, verificando maior prevalência de uso de chupeta dentre os pré-escolares que receberam aleitamento artificial e misto.

Sendo assim, podemos observar que má oclusão consiste em uma condição multifatorial e requer uma atenção longitudinal por parte do cirurgião-dentista, a fim de orientar precocemente prevenindo seu estabelecimento, bem como reduzir danos ao desenvolvimento dentário e facial das crianças.

Neste sentido, baseando as suas práticas nos princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde, o Serviço de Saúde Comunitária do GHC (SSC/GHC) incluiu a saúde bucal na Ação Programática da Criança. No ano de 2010, a consulta odontológica para todas as crianças nascidas no território do SSC/GHC passou a fazer parte dos indicadores de saúde das equipes, estabelecendo-se como uma meta do serviço. Esta Ação preconiza uma consulta odontológica por ano de vida, a partir da coorte de nascidos no ano de 2010, com o objetivo de orientar os cuidadores a respeito da importância dos aspectos alimentares, de higiene bucal e de outros hábitos saudáveis, além de abordar comportamentos relativos à saúde bucal da criança (9).

Porém, pouco se sabe sobre a efetividade desses programas preventivos e o impacto que causam na redução da prevalência de má oclusão na população. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de má oclusão das crianças nascidas em 2010 e sua associação com a realização de consultas odontológicas na Ação Programática da Criança em duas Unidades de Saúde (US) de um Serviço de Atenção Primária à Saúde.

## MÉTODOS

Este trabalho tratou-se de um estudo analítico transversal, que avaliou crianças nascidas no ano de 2010, acompanhadas pela Equipe de Saúde Bucal de um serviço de Atenção Primária à Saúde. Foi realizado através de exame bucal da criança, seguido da aplicação de um questionário com os pais ou responsável no momento da coleta de dados, conduzida entre março/2014 e dezembro/2015, em duas Unidades de Saúde SSC-GHC na cidade de Porto Alegre-RS, Brasil.

Por se tratar de um estudo exploratório e não haver estudos prévios com esse enfoque na literatura, não foi possível estimar uma amostra e, por isso, foram convidadas todas as crianças nascidas em 2010. Desta forma, foram incluídas as crianças com 4 anos completos, registradas no Programa da Criança da área de abrangência das duas Unidades do SSC-GHC que aceitaram participar do estudo, totalizando uma amostra de 81 crianças de um universo de 148.

Foi realizada, previamente a coleta de dados, uma capacitação e calibração dos examinadores. A calibração, referente à má oclusão, se deu através do método *in lux* (10-11) que consiste em cada examinador avaliar individualmente 20 fotos de cada condição em estudo, sendo o processo repetido após sete dias. Os resultados da calibração foram analisados pelo coeficiente Kappa, cujos valores médios intraexaminador foram 0,76 e interexaminadores 0,72. Além disso, os examinadores também passaram por processo de treinamento para o preenchimento das fichas e questionários.

Como critério de avaliação de determinação de presença de má oclusão, utilizou-se alguns critérios de Foster e Hamilton 1969 (12): – Condição de selamento labial, considerada adequada quando o lábio superior e o lábio inferior se tocam e cobrem completamente os dentes anteriores no momento que a criança for solicitada a fechar os lábios, ou não adequado quando este recobrimento não ocorrer; – Mordida aberta anterior, considerada presente quando não ocorre trespasse vertical entre a borda incisal dos dentes anteriores superiores e a borda incisal dos dentes anteriores inferiores, ou ausente quando do contrário; – Mordida cruzada posterior: uni ou bilateral, considerada presente quando não ocorre trespasse horizontal entre as cúspides dos dentes posteriores superiores e as cúspides dos inferiores ou ausente quando do contrário e hábitos bucais deletérios foram considerados através da indagação do responsável quanto ao uso de chupetas, mamadeira e sucção do dedo. Os exames foram realizados sob luz natural, com o auxílio de espátulas de madeira para afastamento das bochechas e visualização da oclusão dentária.

Os responsáveis pelas crianças foram convidados a participar do estudo através de agendamentos na US e por meio de visitas domiciliares. Previamente a entrevista, foram apresentados os propósitos do estudo através da leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, realizou-se o preenchimento do questionário contendo dados socioeconômicos, de dieta, de hábitos de higiene bucal e de acesso aos serviços de saúde bucal. Os dados referentes às consultas odontológicas foram coletados do Sistema de Informações e dos Relatórios Anuais de Monitoramento e Avaliação do SSC-GHC.

A construção e análise do banco de dados e a interpretação dos resultados foram obtidos a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 17.0, através do teste Qui-quadrado e da Regressão de Poisson. Os dados coletados foram cruzados com os dados do Sistema de Informações e dos Relatórios Anuais de Monitoramento e Avaliação do SSC-GHC para analisar a associação entre o desfecho má oclusão com o acompanhamento do serviço odontológico. O nível de significância estatística adotado foi de  $p < 0,05$ .

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre-RS, sob o número de CAEE 38414614.4.00005530, atendendo às normativas da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

## RESULTADOS

Foram avaliadas 81 crianças com idade média de 58,8 (DP=4,8) meses, cuja prevalência total de má oclusão foi de 33,3%, sendo que 28% das crianças apresentavam mordida aberta anterior, 10% de mordida cruzada posterior e selamento labial não adequado.

Através de análise bivariada, conforme mostra a Tabela 1, foram selecionadas as variáveis referentes ao perfil socioeconômico, hábitos, situação de saúde e acompanhamento odontológico que, posteriormente, foram correlacionados à presença e ausência de má oclusão nas crianças examinadas. Entre a amostra total, foram examinadas 47 crianças do sexo masculino e 34 crianças do sexo feminino, sem diferença estatística para presença e ausência de má oclusão ( $p=0.80$ ). Com relação à etnia, a maioria autodeclarou-se branca ( $n=51$ ) e não houve diferença quanto à má oclusão ( $p=0.53$ ).

TABELA 1 – Características sociodemográficas da criança e da família em relação à presença ou ausência de má oclusão, Porto Alegre-RS, 2016 ( $n=81$ ).

	Presença de má oclusão n(%) / média (±DP)	Ausência de má oclusão n(%) / média (±DP)	Valor de p
<b>Idade em meses</b>	57,96 (±5,11)	59,22 (±4,61)	0,38
<b>Sexo</b>			
Masculino	15 (31,9)	32 (68,1)	0,80
Feminino	12 (35,3)	22 (64,7)	
<b>Etnia</b>			
Branca	18 (35,3)	33 (64,7)	0,53
Não branca	9 (30,0)	21 (70,0)	
<b>Frequente creche</b>			
Sim	21 (35,0)	39 (65,0)	0,86
Não	6 (28,6)	15 (71,4)	
<b>Auxílio no cuidado</b>			
Pai/Mãe	6 (42,9)	8 (57,1)	0,15
Irmão(s)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Outros	15 (39,5)	23 (60,5)	
Ninguém	5 (19,2)	21 (80,8)	

	Presença de má oclusão n(%) / média (±DP)	Ausência de má oclusão n(%) / média (±DP)	Valor de p
<b>Idade da mãe em anos</b>	34,07 (±12,46)	32,81 (±7,91)	0,74
<b>Escolaridade materna</b>			
Até 2º grau incompleto	16 (41,0)	23 (59,0)	0,11
2º grau completo ou mais	11 (26,2)	31 (73,8)	
<b>Ocupação materna</b>			
Não trabalha fora	7 (31,8)	15 (68,2)	0,51
Trabalho de nível médio dos mais diversos	19 (36,5)	33 (63,5)	
Trabalho de nível superior	1 (14,3)	6 (85,7)	
<b>Consulta odontológica na gestação</b>	6 (22,2)	21 (77,8)	0,39
Sim			
Não	11 (32,4)	23 (67,6)	
<b>Nº pessoas na casa (número absoluto)</b>	4 (±1,35)	4 (±1,28)	0,59
<b>Renda bruta em salários mínimos</b>	2,25 (±1,23)	2,79 (±2,24)	0,32
<b>Renda p/capita em reais</b>	477,88 (±310,23)	587,70 (±425,04)	0,43
<b>Bolsa família</b>			0,40
Sim/Já teve	12 (42,9)	16 (57,1)	
Não	14 (26,9)	38 (73,1)	
<b>Tipo de moradia</b>			0,75
Madeira/mista	5 (27,8)	13 (72,2)	
Alvenaria	22 (34,9)	41 (65,1)	
<b>Chupeta</b>			0,00
Sim	16 (88,9)	2 (11,1)	
Não	11 (17,5)	52 (82,5)	
<b>Tempo uso chupeta (em meses)</b>	53,12 (±10,94)	26,6 (±14,34)	0,00
<b>Sucção de dedo</b>			
Sim	0	0	
Não	27(50,0)	52(50,0)	
<b>Adequação consultas de puericultura</b>	2 (25,0)	8 (57,1)	0,71
Sim	21 (31,8)	45 (68,2)	
Não			
<b>Adequação acompanhamento odontológico</b>	6 (42,9)	7(50,0)	0,68
Sim	28(42,4)	38(57,6)	
Não			
<b>Idade primeira consulta dentista (Em meses)</b>	21,70 (±20,24)	21,38 (±23,88)	0,83
<b>Número de consultas com dentista (Número absoluto)</b>	4,07 (±2,60)	4,22 (±13,23)	0,83

Traçando o perfil dos responsáveis pela criança, encontramos uma média de idade de 34,07 (±12,46) anos para as crianças com presença de má oclusão e 32,81 (±7,91) anos para as crianças com ausência de má oclusão (p=0.74). Sobre o nível de escolaridade, dentre os 39 (48,1%) que não concluíram o ensino médio, tivemos 41% das crianças com

presença de má oclusão e dentre os 42 (51,9%) com escolaridade igual ou superior ao 2º grau completo, apenas 26,2% das crianças apresentaram má oclusão ( $p=0.11$ ). A maioria das mães (55,7%) não realizou consulta odontológica durante a gestação; porém, esse dado não fora estatisticamente significativo para o desfecho da doença ( $p=0.39$ ) (Tabela 1).

A renda bruta familiar das crianças com presença de má oclusão foi de 2,25 ( $\pm 1,23$ ) salários mínimos, contra 2,79 ( $\pm 2,24$ ) salários mínimos nas famílias das crianças com ausência da doença ( $p=0.32$ ). Já a renda perca pita, em reais, foi de 477,88 ( $\pm 310,23$ ) e 587,70 ( $\pm 425,04$ ), consecutivamente ( $p=0.43$ ). Dentre as famílias que recebem ou já receberam Bolsa Família, 42,9% das crianças apresentaram desfecho positivo e, dentre as que não recebem o auxílio, 26,9% ( $p=0.40$ ) (Tabela 1).

Sobre os hábitos deletérios, 18 (22,2%) crianças faziam uso de chupeta no momento da entrevista, sendo 16 (88,9%) com presença de má oclusão, havendo significância estatística entre estas variáveis ( $p=0.00$ ). A média de idade, em meses, de uso da chupeta foi de 53,12 ( $\pm 10,94$ ) meses para aquelas com presença da doença e de 26,6 ( $\pm 14,34$ ) meses para ausência, sendo, também, significativo estatisticamente ( $p=0.00$ ). Nenhum responsável relatou o hábito de sucção digital durante a coleta de dados (Tabela 1).

Ainda na Tabela 1, correlacionado o desfecho da doença ao atendimento realizado, obtivemos apenas 8 crianças que realizaram as consultas de puericultura adequadamente, sendo 2 (25%) com presença de má oclusão e 6 (75%) com ausência ( $p=0.71$ ). Somente 14 crianças (17,5%) obtiveram as quatro consultas odontológicas, no mínimo uma por ano de vida, de forma adequada e 6 (42,9%) delas apresentaram desfecho positivo contra 8 (57,1%) com desfecho negativo ( $p=0.68$ ). A média de idade da primeira consulta odontológica foi semelhante em ambos os desfechos: 21,70 ( $\pm 20,24$ ) para as crianças com presença de má oclusão e 21,38 ( $\pm 23,88$ ) para as crianças com ausência de má oclusão ( $p=0.83$ ), assim como o número absoluto de consultas odontológicas, que, em média 4,07 ( $\pm 2,60$ ) e 4,22 ( $\pm 13,23$ ) consultas, consecutivamente ( $p=0.83$ ).

Na Tabela 2, são apresentadas as variáveis selecionadas para o modelo de análise multivariada. O uso de chupeta [RP = 0.158 (95% CI: 0.071 – 0.356),  $p=0.00$ ] esteve associada com um maior número de crianças com presença de má oclusão. Da mesma forma, a idade, em meses, de tempo de uso da chupeta [RP= 1.059 (95% CI: 1.032 – 1.083),  $p=0.000$ ] também apresentou essa correlação; ambas de acordo com o modelo final de análise multivariada.

TABELA 2 – Análise de Regressão de Poisson dos fatores associados a presença de má oclusão, Porto Alegre-RS, 2016 (n=81).

	RP bruta (IC95%)	Valor de p	RP ajustada (IC95%)	Valor de p
<b>Uso de chupeta</b>				
Sim		1		1
Não	0,161 (0,086–0,301)	$p = 0,000$	0,158 (0,071–0,356)	$p = 0,000$
<b>Tempo de uso de chupeta em meses</b>	1,059 (1,036-1,081)	$p = 0,000$	1,057 (1,032-1,083)	$p = 0,000$

## DISCUSSÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem se tornado, nos últimos anos, o principal programa alavancador da reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. Este modelo foi concebido pelo Ministério da Saúde como uma alternativa de promover a reformulação das ações em saúde. A equipe de saúde bucal, embora inserida apenas em 2001, neste contexto do PSF, representa parte integrante e importante para a saúde da população. Neste sentido, torna-se importante a atuação do cirurgião-dentista em ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde.

Sendo assim, é extremamente importante não somente o planejamento das ações executadas pela equipe de saúde bucal, mas também a avaliação das mesmas com intuito de guiar e melhorar a qualidade dos serviços ofertados.

Neste estudo, buscou-se avaliar a efetividade da Ação Programática da Criança na redução da prevalência de má oclusão nas crianças da coorte de 2010, associando o seu resultado à cobertura de consultas odontológicas.

De acordo com os resultados obtidos, encontrou-se prevalência geral de má oclusão de 33,3%, sendo a mordida cruzada posterior observada em 10% das crianças do estudo, resultado abaixo da média nacional de 21,9%, neste mesmo critério, nas crianças da faixa etária de 5 anos, examinadas no estudo SB BRASIL 2010 (4). Apesar disso, não foi encontrada associação estatística entre a cobertura de consultas odontológicas, uma por ano de vida até os quatro anos, e a ausência de má oclusão ( $p=0,68$ ). Essa não associação pode ser justificada pelo de fato de que um percentual muito baixo de crianças nascidas em 2010 (8%) teve as quatro consultas odontológicas preconizadas pelo programa do SSC-GHC, conforme uma análise de cobertura da mesma população realizada por Schwendler et al. (13).

Sabe-se que os hábitos deletérios, como uso prolongado de chupeta e sucção digital, estão diretamente ligados a presença de má oclusão. No estudo de Tomita et al. (2000) (5), onde buscou-se avaliar a relação entre os hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares, a má oclusão foi 5,46 vezes maior nas crianças que usavam chupeta em relação às que não usavam ( $p<0,001$ ) e 1,54 vezes mais frequente nas crianças com o hábito de sucção digital, embora sem significância estatística. No atual estudo, observou-se risco 0,158 vezes maior nas crianças que faziam uso de chupeta ( $p=0,000$ ) e 1,057 vezes maior a cada mês a mais de uso ( $p=0,000$ ), o que reforça a ideia de que a duração do hábito está fortemente ligada a esta alteração. Não foi possível avaliar a influência da sucção digital, visto que este hábito não foi relatado em nenhuma das crianças que participaram do estudo.

Tendo em vista que a má oclusão é uma doença considerada multifatorial, Tomita et al. (2000) (5) buscou avaliar a relação entre algumas condições socioeconômicas e fatores ambientais que influenciam a prevalência de hábitos bucais deletérios e a má oclusão em crianças pré-escolares, de 3 a 5 anos. Foi observado, embora sem relação estatística, maior utilização de chupeta nas crianças de renda mais baixa, tal como

tendência decrescente ao hábito com o aumento da escolaridade materna. O hábito de uso da chupeta foi significativamente menor para os meninos em que a ocupação paterna era especializada. No presente estudo, não encontramos significância estatística entre a instalação da má oclusão e as variáveis socioeconômicas analisadas, mas foi perceptível que as famílias das crianças com presença de má oclusão apresentaram, em média, renda bruta de 0,54 salários mínimos a menos que as com ausência desta alteração ( $p=0,32$ ) e renda per capita menor em R\$ 109,72 ( $p=0,43$ ).

Dessa forma, em sendo a má oclusão uma doença influenciada por fatores individuais, culturais e socioeconômicos, torna-se importante que ações de educação em saúde sejam priorizadas. Segundo Bardal et al. (2011) (14), em seu estudo, as ações educativas, preventivas e motivacionais foram capazes de melhorar, significativamente, a saúde bucal dos pacientes em tratamento ortodôntico avaliados.

Um estudo realizado por Faustino-Silva et al. (2008) (15) buscou avaliar as percepções e conhecimentos de pais e responsáveis de crianças, residentes na área de abrangência de seis Unidades de Saúde de Porto Alegre, sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância, concluiu que estes possuem conhecimentos inadequados, visto que 67% da amostra respondeu acreditar que a criança possa escovar os dentes sozinha entre 1 e 3 anos de idade, mesma faixa etária em que 35% dos responsáveis acreditam que deva ser realizada a primeira consulta odontológica da criança. É essencial, portanto, que toda a equipe multiprofissional da atenção primária, atue de forma interdisciplinar na prevenção de doenças bucais na primeira infância, incluindo a má oclusão, buscando novas alternativas de educação em saúde capazes de instruir, motivar e conscientizar os responsáveis da sua importância.

Em relação às limitações do estudo, pode-se destacar a representatividade da amostra, restrita a duas unidades de saúde e não de todo o Serviço de Saúde Comunitária, que permite extrapolações apenas para populações semelhantes ao do estudo. Além disso, da população total de crianças nascidas nas referidas unidades de saúde, foi possível avaliar um pouco mais que a metade (55%). Outra limitação é a causalidade reversa, típica de estudos transversais.

## CONCLUSÕES

A má oclusão na primeira infância está fortemente associada ao uso de chupeta e o acompanhamento precoce pela equipe de saúde bucal pareceu não interferir na cessação do hábito e regressão da má oclusão aos 4 anos.

A garantia de acesso a informação e orientações preventivas em saúde bucal na primeira infância por si só parece não ser suficiente. Novas abordagens, para além da educação em saúde convencional, são necessárias para incentivar as mudanças de hábitos e comportamentos complexos em saúde bucal infantil.

## REFERÊNCIAS

1. Marques LS, Barbosa CC, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Paiva, SM. Prevalência da má oclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(4): 1099-1106.
2. de Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *J Orthod*. 2004; 31(1): 20-7.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Brasília, 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010 – Resultados Principais; Brasília, 2011.
5. Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev. Saúde Pública*. 2000; 34(3): 299-303.
6. Mendes ACR, Valença AMG, Lima CCM. Associação entre aleitamento, hábitos de sucção não nutritivos e maloclusões em crianças de 3 a 5 anos. *Cienc Odontol Bras*. 2008; 11: 67-75.
7. Santos SA, Holanda ALF, Sena MF, Gondim LAM, Ferreira MAF. Non-nutritive sucking habits among preschool-aged children. *Jornal de Pediatria*. 2009; 85(5): 408-14.
8. Furtado ANM, Vedovello Filho MA. Influência do período de aleitamento materno na instalação dos hábitos de sucção não nutritivos e na ocorrência de má oclusão na dentição decídua. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2007; 55(4): 335-341.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. A saúde bucal da criança de 0 a 12 anos. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. 2.ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. Cap.12, p.133-148.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010. Manual de calibração de examinadores. Brasília, 2010.
11. Alves JC, Cortellazzi KC, Vazquez FL, Marques RAA, Pereira AC, Meneghim MC, Mialhe FL. Oral cancer calibration and diagnosis among professionals from the public health in São Paulo, Brazil. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 2013; 15: 78-83.
12. Foster TD, Hamilton MC. Occlusion in the primary dentition. Study of children at 2 and one-half to 3 years of age. *Br Dent J*. 1969; 126(2): 76-9.
13. Schwendler A, Faustino-Silva DD, Rocha CF. Saúde Bucal na Ação Programática da Criança: indicadores e metas de um Serviço de Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(1): 201-207.
14. Bardal PAP, Olympio KPK, Bastos JRM, Henriques JFC, Buzalaf MAR. Educação e motivação em saúde bucal – prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico. *Dental Press J Orthod*. 2011; 16(3): 95-102.
15. Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. *Rev. Odontol ciênc*. 2008; 23(4): 375-379.