

**U. PORTO**



FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**MONOGRAFIA DE INVESTIGAÇÃO**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE  
DO PORTO

**Hábitos de higiene oral numa população  
de crianças dos 6 aos 36 meses em  
Salvador da Bahia, Brasil**

Joana Amaro Rodrigues Carvalhais

Porto  
2019

# **Hábitos de higiene oral numa população de crianças dos 6 aos 36 meses em Salvador da Bahia, Brasil**

**Joana Amaro Rodrigues Carvalhais**

Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Faculdade de  
Medicina Dentária da Universidade do Porto

joanacarvalhais08@gmail.com

**Orientadora:**

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

**Coorientadora:**

Maria Lizzia Moura Ferreira Dos Santos

## **Agradecimentos**

Agradeço profundamente às pessoas que todos os dias me fizeram sentir feliz, especial e capaz de superar qualquer desafio.

À Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira, como orientadora desta tese de mestrado, acima de tudo pela amizade e dedicação. Agradeço ainda a disponibilidade e exigência que sempre demonstrou. A calma com que conseguiu organizar o trabalho sem dúvida que foi imprescindível na realização desta monografia

À Professora Doutora Maria Lizzia Moura Ferreira Dos Santos por, desde o início, ter confiado em mim para integrar na sua tese de doutoramento. Não seria possível sem a sua inteira disponibilidade em esclarecer qualquer dúvida de última hora. Agradeço o facto de me ter apoiado em todas as decisões e me ter transmitido palavras de conforto ao longo da realização da monografia.

Aos meus pais, avós e irmãos, por confiarem em mim de uma forma tão especial. Por me incentivarem a ser melhor todos os dias. Agradeço-lhes a força que me deram ao longo destes cinco anos e por permitirem que nada me faltasse para atingir o sucesso.

Ao João, por ser das pessoa que mais me compreende, por me acompanhar há tantos anos e por acreditar em mim como ninguém.

Aos meus amigos, que me ajudaram em todos os momentos e fizeram com que estes cinco anos fossem os melhores da minha vida.

# Índice

Introdução.....	1
Material e métodos .....	3
Características éticas .....	3
Caracterização do estudo transversal.....	4
Análise estatística .....	5
Resultados.....	6
Discussão .....	11
Considerações finais.....	15
Referências bibliográficas .....	16
Anexos.....	20
Anexo 1 - Parecer substanciado do CEP .....	21
Anexo 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido .....	25
Anexo 3 - Questionário .....	28
Anexo 4 - Declaração de Autoria .....	34
Anexo 5 - Parecer do Orientador.....	36

## Índice de Tabelas

Tabela I: Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, Salvador-Ba, Brasil, 2018 .....	7
Tabela II: Caracterização dos cuidados de saúde oral para o bebê, Salvador-Ba, Brasil, 2018 .....	9
Tabela III: Caracterização da adequação da higiene realizada pelos participantes da pesquisa, Salvador-Ba, Brasil, 2018 .....	10

## **Abreviaturas**

AAPD - American Academy of Pediatric Dentistry

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ASB - Agente em Saúde Bucal

CPI- Cárie Precoce de Infância

ESF - Estratégia de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

TSB - Técnico em Saúde Bucal

UFBA - Universidade Federal da Bahia

USF - Unidades de Saúde da Família

## Resumo

**Introdução:** A cárie dentária é considerada um dos principais problemas de saúde pública que pode levar, entre outros fatores, a uma diminuição da qualidade de vida. Esta pode ser efetivamente prevenida e controlada ao serem adotados corretos cuidados de higiene oral. Medidas como fluoretação das águas, controlo da dieta e um regular acesso a cuidados de saúde oral na infância também são necessárias para prevenir esta doença.

**Objetivos:** Avaliar os hábitos de higiene oral numa população de crianças dos 6 aos 36 meses, residentes em Salvador da Bahia.

**Material e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal (n=632) em que as crianças selecionadas tinham idades compreendidas entre 6 e os 36 meses. A recolha dos dados foi feita por uma equipa de examinadores, composta por profissionais de medicina dentária, que estavam em Unidades de Saúde da Família em estágio, supervisionados e devidamente selecionados para a recolha de dados.

**Resultados:** Embora 72,5% dos pais/responsáveis tivessem recebido orientação relativa a cuidados de higiene oral, na maioria, por profissionais de saúde (médicos/enfermeiros e/ou dentistas/ técnicos em saúde bucal/ auxiliares em saúde bucal), cerca de 15,0% das crianças realizavam a escovagem autonomamente. Na maior parte das crianças com dentes era utilizada pasta sem flúor (40,2%) e pasta com flúor era usada somente em 31,1% das crianças. Em mais de um quarto da amostra, a limpeza da cavidade oral era feita apenas uma vez por dia. Observou-se que 76,0% das crianças edêntulas e 77,7% das crianças com dentes apresentavam higiene oral inadequada.

**Conclusões:** Os pais/responsáveis das crianças não estavam devidamente informados acerca dos cuidados de higiene oral para as crianças, uma vez que obtivemos percentagens elevadas na incorreta frequência de escovagem, no facto de ser a própria criança a escovar os seus dentes e ainda no uso de dentífrico sem flúor.

**Palavras-chave:** cárie precoce de infância; saúde oral; hábitos de higiene oral; fatores de risco; odontopediatria

## **Abstract**

**Introduction:** Dental caries are considered one of the most important issues in public health that can lead to a decreased quality of life. If correct oral hygiene is adopted, this disease can be prevented and controlled. Water fluoridation, diet control and a regular access to oral healthcare during childhood are examples of crucial preventive measures.

**Objectives:** Evaluate the oral hygiene habits in a population of children aged from 6 to 36 months, living in Salvador, Brazil.

**Material and Methods:** Children aged between 6 to 36 months were included in this transversal study. The gathering of data was executed by a team of supervised professionals related to dental medicine in diverse Family Health Units of Salvador city. The selected examiners were calibrated prior to the beginning of the study.

**Results:** In the present study, 72,5% of the parents/educators had received orientation regarding children oral hygiene and 15,0% of the children brushed their teeth autonomously. In more than a quarter of the sample, the oral hygiene was performed only once a day. Regarding the type of toothpaste used among children with teeth present in the oral cavity, 40,2% used a fluoride-free while 31,1% used fluoride toothpaste. As to oral hygiene, 76,0% of the edentulous and 77,7% of the children with teeth present in the oral cavity, presented an inadequate level of this parameter.

**Conclusion:** Given the high percentage of autonomous oral care by children, the incorrect frequency of brushing and the use of fluoride-free toothpaste we can conclude that parents/educators weren't properly informed about the oral care of their children.

**Keywords:** early childhood caries; oral health; oral hygiene; oral health habits; risk factors; pediatric dentistry

## Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como "um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade".<sup>(1)</sup> A saúde oral pode interferir em diferentes aspetos da vida, incluindo autoestima, interação social e desempenho escolar ou de trabalho, entre outros.<sup>(2)</sup>

A cárie dentária é uma doença multifatorial que se caracteriza pela destruição da substância mais dura do corpo humano: o esmalte. É considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública que pode condicionar a qualidade de vida.<sup>(3)</sup>

Cárie precoce na infância é o termo usado para descrever a presença de dentes cariados, perdidos ou restaurados na dentição decidua de crianças com idade igual ou inferior a 71 meses. É considerada a doença infecciosa mais prevalente na infância, atingindo cerca de 60 a 90% das crianças no mundo.<sup>(4, 5)</sup> Resulta da interação de vários fatores etiológicos, relacionados com a dieta (principalmente pela elevada ingestão de açúcar), com a incorreta ou falta de higiene oral, com a falta de exposição ao flúor, fatores socioeconómicos e ainda fatores relacionados com microrganismos cariogénicos.<sup>(6-8)</sup>

As consequências desta doença, quando não tratada, caracterizam-se por dor, edema, perda de dentes decíduos em idade precoce, atraso no desenvolvimento físico, má oclusão, entre outras, podendo levar a problemas na fonética, na mastigação, na estética e, conseqüentemente, a um sério impacto na saúde e no crescimento das crianças, podendo repercutir-se ainda numa diminuição da qualidade de vida das crianças e dos seus cuidadores.<sup>(4, 9)</sup>

A cárie pode ser efetivamente prevenida e controlada, melhorando substancialmente a qualidade de vida da criança.<sup>(10)</sup> O estado da saúde oral das crianças é frequentemente relacionado às dimensões sociais, como o rendimento familiar e a escolaridade dos cuidadores (especialmente a escolaridade da mãe).<sup>(11)</sup>

Segundo a OMS, educação para a saúde refere-se a “qualquer combinação de atividades de informação e educação que levam os indivíduos a saber como alcançar a saúde e procurar ajuda quando necessitam”. A educação para a saúde tem quatro objetivos principais: conseguir que os indivíduos estejam bem informados sobre os problemas de saúde e da doença; levá-los a adotar a saúde como um valor

fundamental; promover condutas adequadas para a saúde; modificar hábitos ou comportamentos desadequados.<sup>(12)</sup>

De acordo com a literatura, a intervenção educacional modifica os hábitos de higiene e promove a saúde oral.<sup>(9)</sup> Deste modo, medidas preventivas na cárie precoce de infância devem começar pela consciencialização dos pais/cuidadores das crianças. O estabelecimento precoce de rotinas de higiene oral bem como de hábitos alimentares adequados, nomeadamente a restrição de consumo de alimentos com potencial cariogénico, são medidas importantes na prevenção da cárie precoce da infância.<sup>(13-15)</sup> Uma boa alimentação praticada no primeiro ano de vida ajuda não só na qualidade de vida naquela idade (nomeadamente na saúde oral), como também incute padrões alimentares saudáveis para idades mais avançadas, uma vez que os hábitos adquiridos naquela fase são mais resistentes a mudanças.<sup>(16, 17)</sup>

Na medicina dentária comunitária, a fluoretação da água de consumo é a forma mais eficaz e eficiente frente à cárie dentária, na medida em que o flúor é fornecido em doses reduzidas de modo contínuo, ao biofilme e às lesões incipientes de cárie.<sup>(18-21)</sup> No entanto, a prevenção incorporou outras medidas, tais como higiene oral minuciosa, controlo da dieta e selantes de fissuras. Sugere-se que os pais escovem os dentes dos seus filhos, pelo menos, duas vezes por dia, com uma escova macia de tamanho apropriado para a idade e com pasta dentífrica fluoretada, a partir do momento que o primeiro dente erupcione. Relativamente aos edêntulos, embora exista controvérsia se a higiene deve ou não ser feita, recomenda-se que os pais/cuidadores limpem a cavidade oral após a amamentação, com uma dedeira de borracha ou com uma gaze embebida em água morna.<sup>(14, 18, 22)</sup>

Um regular acesso a cuidados de saúde oral na infância é também muito importante pois permite efetuar uma deteção precoce das doenças orais, nomeadamente da cárie e paralelamente motivar e educar os pais/cuidadores para a importância da saúde oral das crianças.<sup>(23)</sup>

## **Material e métodos**

Os dados a trabalhar neste estudo têm origem num estudo longitudinal, cujo objectivo é a avaliação de programas de Odontologia para bebés até 36 meses, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com uma abordagem quantitativa e qualitativa. Para esse estudo, foram seleccionadas Unidades de Saúde da Família (USF) que não possuíam programas de medicina dentária para bebés e uma USF que desenvolvia um programa de saúde oral para bebés. Os bebés que participaram no programa de saúde eram caracterizados por estarem envolvidos em ações de promoção de saúde oral e de prevenção de doenças orais. Por outro lado, os bebés que não estavam associados a esse programa, não participaram em nenhuma ação de promoção de saúde oral do bebé.

Os critérios de selecção para incluir o estudo foram crianças dos 6 aos 36 meses residentes nas áreas que abrangiam as USF seleccionadas, expostas ou não pelo Programa de Saúde Oral do bebé, do município de Salvador da Bahia.

A recolha de dados foi feita por uma equipa de examinadores, com profissionais de medicina dentária de Salvador, que estavam nas USF em estágio supervisionados, devidamente seleccionados e calibrados para a recolha dos dados.

- **Características éticas**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (Anexo1).

Os pais e/ou responsáveis pelas crianças foram devidamente informados sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). Realizou-se através de um questionário voluntário e confidencial, por entrevista sobre a condição de saúde oral tanto da criança como da mãe e/ou responsável.

## • **Caracterização do estudo transversal**

A investigação apresentada trata-se de um estudo transversal, com uma população de estudo de 632 bebês, com dados do estudo longitudinal, em que se pretendia avaliar os hábitos de higiene oral em crianças dos 6 aos 36 meses de idade.

Os participantes foram caracterizados relativamente às características sociodemográficas tais como: sexo: masculino (0), feminino (1); idade (representada em meses) categorizada dos 6 aos 12 meses (0), dos 13 aos 24 meses (1), dos 25 aos 36 meses (2); cor/raça: branca (0), negra (1), amarela (2), parda (3) ou indígena (4); profissão/ocupação do pai categorizada em: desempregado (0), empregado (1), reformado (2), estudante (3), falecido (4), outros (5); grau de escolaridade da mãe ou responsável legal (avó, avô, tio/tia): analfabeta (0), 1º grau incompleto (1), 1º grau completo e 2º grau incompleto (2), 2º grau completo e 3º grau incompleto (3), 3º grau completo (4), outros (5), ignorado (9); profissão/ocupação da mãe categorizada em: desempregada (0), empregada (1), doméstica (2), estudante (3); rendimento familiar (representado pelo número de salário mínimos) categorizado em: menos de um salário mínimo (0), um salário mínimo (1), mais que um salário mínimo (2); número de irmãos categorizado em: não tem irmãos (0), tem irmãos (1); ordem de nascimento categorizada em: primeiro a nascer não (0), sim (1); água encanada: não (0), sim (1); recebe bolsa família: não (0), sim (1); idade da mãe categorizada em: inferior a 21 anos (0), entre 21 e 30 anos (1), superior a 30 anos (2); realizou pré natal odontológico: não (0), sim (1); características relativas aos cuidados de saúde oral para o bebê: recebeu alguma orientação: não (0), sim (1); quem forneceu: médico/enfermeiro (1), dentista/ técnico em saúde bucal/ agente em saúde bucal (2), agentes comunitários de saúde (3), familiar (4), outros (5); considera importante cuidar dos dentes da criança: não (0), sim (1), indiferente (2); limpa a boca da criança: não (0), sim (1); quem escova: pais ou responsáveis (0), própria criança (1), criança com auxílio dos pais/responsáveis (2), outros (3); o que utiliza: água (0), pasta sem flúor (1), pasta com flúor (2), outro (3); frequência: nenhuma (0) uma (1), duas (2), três ou mais ao dia (3), horário: manhã (1), tarde (2), antes de dormir (3); início da limpeza da cavidade oral (representada em meses) categorizada em: entre 0 e 6 meses (0), entre 7 e 24 meses (1), superior a 24 meses (2); escova os dentes na creche/escola: não (0), sim (1); possui escova compartilhada: não (0), sim (1).

Considerou-se uma variável nova denominada “Higiene oral adequada”. Esta foi avaliada tanto nas edêntulas, como nas crianças com dentes.

No caso das edêntulas, a variável “Higiene oral adequada” resultou da soma de três variáveis: quem escovava a cavidade oral (consideraram-se os participantes em que a limpeza da cavidade oral era feita pelos pais/responsáveis ou pela criança com auxílio dos pais/responsáveis); o que utilizavam na limpeza (considerou-se correto quando mencionavam apenas água) e por fim a frequência (consideraram-se os casos em que era feita duas ou mais vezes ao dia).

Relativamente às crianças com dentes, a variável “Higiene oral adequada” resultou da soma das três variáveis referidas para as crianças edêntulas, no entanto, com diferentes requisitos. Na variável referente a quem escovava os dentes das crianças, também se considerou correta quando esta era feita pelos pais/responsáveis ou pela criança com auxílio dos pais/responsáveis; na variável relativa ao que utilizavam, considerou-se correto apenas quando mencionavam usar pasta dentífrica com flúor e por fim a frequência foi considerada correta quando mencionavam escovar duas ou mais vezes ao dia.

- **Análise estatística**

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados do programa estatístico IBM SPSS Statistics 25® (Statistical Package for Social Science). Foram utilizadas estatísticas de sumário para a análise descritiva dos dados colhidos. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e o desvio-padrão.

## Resultados

Na tabela I mostram-se os resultados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes.

A maioria era do sexo feminino, 317 (50,2%). As idades variavam entre 6 e 36 meses e a idade média dos participantes foi de 18,45 meses (dp=8,913). Maioritariamente, 53,8%, eram de raça parda e cerca de 30,6% eram de raça negra.

Quase metade das mães (47,5%) apresentavam o 2º grau completo, ou seja, concluíram o ensino secundário e somente 8,7% apresentava o 3º grau completo. Na globalidade, tanto os pais como as mães estavam empregadas e obteve-se uma percentagem de 45,2% para as mães domésticas. Relativamente ao rendimento familiar, 273 famílias recebiam 1 salário mínimo. A maioria das crianças (63,1%) tinham irmãos e 41,5% foram as primeiras a nascer. Relativamente à bolsa de família, 45,3% relataram recebê-la. Quando analisada a idade das mães, constatou-se que 42,7% tinham idade compreendida entre os 21 e os 30 anos e 21,2% apresentavam idade inferior a 21 anos. A maioria das mães (65,4%) realizou pré natal odontológico.

**Tabela I: Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, Salvador-Ba, Brasil, 2018**

	n	%
<b>Sexo (n=632)</b>		
Masculino	315	49,8%
Feminino	317	50,2%
<b>Idade (em meses) (n=632)</b>		
6 aos 12 meses	205	32,4%
13 aos 24 meses	236	37,3%
25 aos 36 meses	191	30,2%
<b>Cor/raça (n=576)</b>		
Branca	74	12,8%
Negra	176	30,6%
Amarela	12	2,1%
Parda	310	53,8%
Indígena	4	0,7%
<b>Ocupação do Pai (n=592)</b>		
Desempregado	40	6,8%
Empregado	537	90,7%
Reformado	3	0,5%
Estudante	5	0,8%
Falecido	4	0,7%
Outros	3	0,5%
<b>Escolaridade da Mãe (n=606)</b>		
1º grau incompleto	128	21,1%
1º grau completo (inclui 2º grau incompleto)	135	22,3%
2º grau completo (inclui 3º grau incompleto)	288	47,5%
3º grau completo	53	8,7%
Outros	2	0,3%
<b>Ocupação da Mãe (n=611)</b>		
Desempregada	37	6,1%
Empregada	263	43,0%
Doméstica	276	45,2%
Estudante	35	5,7%
<b>Rendimento familiar (em salários mínimos) (n=551)</b>		
< 1 salário mínimo	60	10,9%
1 salário mínimo	273	49,5%
> 1 salário mínimo	218	39,6%
<b>Número de irmãos (n=632)</b>		
Não tem irmãos	233	36,9%
Tem irmãos	399	63,1%
<b>Ordem de nascimento (n=585)</b>		
Primeiro a nascer		
• Não	342	58,5%
• Sim	243	41,5%
<b>Água encanada (n=607)</b>		
Não	17	2,8%
Sim	590	97,2%
<b>Recebe bolsa de família (n=614)</b>		
Não	336	54,7%
Sim	278	45,3%
<b>Idade da mãe (n=619)</b>		
< 21 anos	131	21,2%
21 aos 30 anos	292	47,2%
> 30 anos	196	31,7%
<b>Realizou pré natal odontológico? (n=595)</b>		
Não	206	34,6%
Sim	389	65,4%

A caracterização dos cuidados de saúde oral para o bebé encontra-se descrita na tabela II.

Apenas 4 responderam que não consideravam importante cuidar dos dentes da criança e 1 (0,2%) considerou ser indiferente. A maioria dos pais/responsáveis (72,5%) indicaram ter recebido orientação relativa a cuidados de higiene oral. Cerca de 64,8% dos participantes receberam orientação por parte de um médico/enfermeiro e 41,9% por um dentista/ técnico de saúde bucal/ agente em saúde bucal.

Quando questionados sobre quem realizava a limpeza da cavidade oral das crianças, 15,0% indicaram ser a própria criança a fazê-la. Relativamente ao que utilizavam para higienizar a cavidade oral, em 37,7% dos edêntulos era utilizada apenas água e em 40,0% das crianças que tinham dentes era utilizada pasta sem flúor. Cerca de 70,2% das crianças limpavam a cavidade oral duas ou mais vezes por dia e estas eram feitas maioritariamente de manhã (86,5%) e à noite (62,1%).

A limpeza da cavidade oral foi iniciada antes dos 6 meses de idade por cerca de 64,1% das crianças. Uma percentagem de 86,1% das crianças escovavam os dentes na creche e 17,0% partilhavam escova.

**Tabela II: Caracterização dos cuidados de saúde oral para o bebê,  
Salvador-Ba, Brasil, 2018**

	n	%
<b>Recebeu alguma orientação? (n=604)</b>		
Não	166	27,5%
Sim	438	72,5%
<b>Quem forneceu? (n=315)</b>		
Médico/enfermeiro	204	64,8%
Dentista/TSB/ASB	132	41,9%
ACS	4	1,3%
Familiar	20	6,3%
Outros	13	4,1%
<b>Considera importante cuidar dos dentes da criança? (n=559)</b>		
Não	4	0,7%
Sim	554	99,1%
Indiferente	1	0,2%
<b>Limpa a boca da criança? (n=625)</b>		
Não	2	0,3%
Sim	623	99,7%
<b>Quem escova? (n=492)</b>		
Pais/responsáveis	373	75,8%
Própria criança	74	15,0%
Criança com auxílio dos pais/responsáveis	45	9,1%
<b>O que utiliza?</b>		
• <b>Edêntulos (n=61)</b>		
Água	23	37,7%
Pasta sem flúor	18	29,5%
Pasta com flúor	19	31,1%
Outro	1	1,6%
• <b>Com dentes (n=480)</b>		
Água	117	24,4%
Pasta sem flúor	192	40,0%
Pasta com flúor	167	34,8%
Outro	4	0,8%
<b>Frequência de escovagem (n=536)</b>		
Nenhuma	4	0,7%
1 vez	156	29,1%
2 vezes	231	43,1%
3 ou mais vezes	145	27,1%
<b>Horário de escovagem (n=533)</b>		
Manhã	461	86,5%
Tarde	245	46,0%
Antes de dormir	331	62,1%
<b>Limpeza da cavidade oral (n=498)</b>		
0 aos 6 meses	319	64,1%
7 aos 24 meses	174	34,9%
> 24 meses	5	1,0%
<b>Escova os dentes na creche? (n=366)</b>		
Não	51	13,9%
Sim	315	86,1%
<b>Possui escova compartilhada? (n= 547)</b>		
Não	454	83,0%
Sim	93	17,0%

Na tabela III estão evidenciados os resultados relativos à adequação da higiene oral tanto para as crianças edêntulas como para as crianças com dentes.

Observou-se que 76,0% das crianças edêntulas e 77,7% das crianças com dentes apresentavam higiene oral inadequada.

**Tabela III: Caracterização da adequação da higiene realizada pelos participantes da pesquisa, Salvador-Ba, Brasil, 2018**

	n	%
<b>Higiene oral crianças edêntulas (n=50)</b>		
• Inadequada	38	76,0%
• Adequada	12	24,0%
<b>Higiene oral crianças com dentes(n=376)</b>		
• Inadequada	292	77,7%
• Adequada	84	22,3%

## Discussão

Este estudo transversal teve como objetivo a caracterização dos hábitos de higiene oral em crianças dos 6 aos 36 meses de idade, residentes em Salvador da Bahia.

De acordo com os critérios da American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), cárie precoce de infância (CPI) define-se pela presença de um ou mais dentes cariados (com lesões não cavitadas ou cavitadas), dentes ausentes (devido à cárie) ou de uma superfície restaurada em qualquer dente decíduo numa criança com menos de 6 anos de idade.<sup>(24)</sup> Para além dos fatores de risco diretos para a cárie precoce, esta tem sido também associada a características sociodemográficas dos pais/cuidadores (nomeadamente o grau de escolaridade, a profissão, o rendimento familiar, o número de filhos).<sup>(14, 15)</sup>

A cárie precoce de infância pode ser prevenida adotando corretos comportamentos de higiene oral (como escovagem dentária duas vezes por dia a partir da erupção do primeiro dente, uso de dentífrico fluoretado, visitas regulares ao médico dentista) e hábitos alimentares adequados como a redução de ingestão de açúcares.<sup>(13-15, 25, 26)</sup>

No presente estudo, observaram-se crianças de cinco raças/cores diferentes. A maioria eram de raça parda (53,8%) ou negra (30,6%). Na literatura demonstrou-se que diferentes raças apresentam diferenças significativas relativas à saúde oral. Num estudo feito por Schuch et al. comprovaram que existia desigualdade quando comparados indígenas e não-indígenas residentes no Brasil. Os indígenas apresentavam mais dentes perdidos, com cárie dentária não tratada e maior prevalência de doença periodontal grave.<sup>(27)</sup> Um outro estudo realizado por Peres et al. numa população de adultos brasileiros, concluiu que os pardos e os negros apresentavam níveis mais elevados de doença periodontal quando comparados com indivíduos de cor branca.<sup>(28)</sup> Na literatura, verificou-se uma relação entre a cor da pele e o nível social, cultural e comportamental.<sup>(29)</sup> A cultura de cada pessoa pode interferir na sua motivação e consequentemente na adoção de cuidados de saúde. Uma solução, passaria por adaptar mensagens de sensibilização de cuidados de saúde de forma a integrar novas culturas e características psicossociais próprias de cada grupo étnico.<sup>(30)</sup>

Cerca de metade da amostra (49,5%) tinha como rendimento familiar um salário mínimo, o que leva a que estas possam não ter as mesmas possibilidades face a

cuidados de higiene oral quando comparadas a crianças inseridas num nível socioeconómico elevado. Assim, de acordo com a literatura, crianças inseridas num nível socioeconómico baixo apresentam mais dentes cariados, quando comparadas a crianças com um nível socioeconómico médio ou alto.<sup>(31, 32)</sup> Também os estudos de Sun et al. corroboram esta evidência, uma vez que mostraram que com o aumento do rendimento anual de uma família, a cárie precoce de infância foi gradualmente reduzida.<sup>(15)</sup>

Relativamente à água, cerca de 2,8% da amostra não possuía água tratada. Embora seja uma percentagem reduzida, esta é uma medida preventiva que deve ser adotada em todas as residências, uma vez que no que diz respeito à prevenção da cárie a exposição a água fluoretada é eficaz na prevenção desta doença. Tal facto deve-se ao fornecimento de flúor em doses reduzidas de modo contínuo, ao biofilme e às lesões incipientes de cárie.<sup>(18-21)</sup>

No estudo em questão, 58,5% das crianças não foram as primeiras a nascer. De acordo com Dabawala et al. quanto maior a ordem de nascimento, maior o risco para desenvolverem cárie precoce de infância.<sup>(31)</sup>

Verificou-se que 47,5% das mães concluiu o ensino secundário. Sabe-se que as mães são as principais promotoras tanto da correta higiene oral por parte das crianças, como dos hábitos alimentares. Por outro lado, mães que tenham concluído o ensino secundário ou superior apresentam mais conhecimentos relativos a saúde oral. Deste modo, espera-se que quanto mais conhecimento tiverem, melhor vai ser a informação que vão passar aos seu filhos.<sup>(13, 33)</sup> Sakalauskien et al. e Hashim et al. observaram que uma menor prevalência de cárie precoce de infância estava associada a maiores níveis de escolaridade dos pais (em especial a escolaridade da mãe).<sup>(34, 35)</sup> Outro estudo evidenciou que quanto maior o nível escolar dos pais, menor o número de dentes cariados, perdidos e restaurados aos 3 anos de idade.<sup>(36)</sup>

A maioria das mães (65,2%) realizou pré natal. Esta prática, desempenha um papel importante na prevenção da cárie precoce de infância, na medida em que são efetuados os tratamentos dentários necessários e lhes é transmitida informação relativa a cuidados de higiene oral para com o bebé.<sup>(32, 37)</sup> Durante a gravidez, as gestantes são consideradas pacientes especiais. Tal designação deve-se ao facto de sofrerem diversas alterações físicas, biológicas e hormonais que acabam por criar condições adversas ao meio oral e tornam-se um grupo de risco para doenças orais.<sup>(38)</sup> Assim, é de especial relevância estarem informadas da importância da saúde oral

tanto para elas como para o bebê. Outro aspeto a ter em atenção é a possibilidade de a mãe possuir alguma cárie ativa o que leva a uma maior propensão ao aparecimento de cáries precoces de infância.<sup>(32)</sup>

Embora 99,7% dos participantes referirem que limpam a boca da criança, mais de um quarto (27,5%) não receberam orientação relativa a cuidados de higiene oral. Comprovou-se que o aumento do aconselhamento do prestador de cuidados de saúde oral, reduz significativamente as cáries precoces de infância.<sup>(39)</sup> Dos que mencionaram receber orientação, a maior parte é fornecida por médicos/enfermeiros, sendo que o interesse dos pediatras pela saúde oral das crianças tem vindo a aumentar uma vez que ampliaram a base de conhecimento relativo à etiologia da cárie dentária.<sup>(33, 40, 41)</sup> Outros autores concluíram que é de especial importância os pais receberem recomendações antes do nascimento do filho, uma vez que nesta altura estão mais receptivos a aconselhamento relativo à saúde do filho.<sup>(18, 38, 42)</sup>

Relativamente às crianças edêntulas, constatou-se que apenas uma percentagem de 37,7% utilizava apenas água para limpar a cavidade oral e as outras utilizavam dentífricos com ou sem flúor. Atualmente existe controvérsias relativamente à higiene oral dos bebés edêntulos. Esta pode ser feita de duas maneiras: após a amamentação, com uma dedeira de borracha ou com uma gaze embebida em água morna. Há autores que defendem que os bebés que recebem higienização nesta fase apresentam menor risco de apresentar doenças orais (como a candidíase oral), menor desconforto na erupção dos primeiros dentes e menor incidência de cárie precoce de infância.<sup>(18, 43)</sup> Outros autores defendem que ao limpar a cavidade oral do bebé, estes ficam mais suscetíveis ao aparecimento de infeções oportunistas.<sup>(18)</sup>

Nas crianças que têm dentes, comprovou-se que 38,9% realizavam a escovagem recorrendo a dentífrico sem flúor. De acordo com a literatura, a prevenção da cárie precoce de infância deve promover a escovagem dentária supervisionada, com dentífrico fluoretado, a partir da erupção do primeiro dente, na medida em que o flúor tem um papel importante no processo de remineralização do esmalte.<sup>(13, 15, 19)</sup>

Cerca de um terço da amostra iniciou a limpeza da cavidade oral depois dos 6 meses de idade. Estudos comprovaram que iniciar esta rotina cedo, leva a que esta se torne um hábito e a que os bebés se adaptem às manobras de higiene oral precocemente.<sup>(18, 43)</sup>

No presente estudo, demonstrou-se que 43,1% das crianças escovavam os dentes duas vezes por dia. Estes resultados vão de encontro aos diversos estudos que comprovaram que a escovagem deve ser feita, no mínimo, duas vezes por dia.<sup>(14, 26, 27)</sup> Embora se tenha evidenciado que 75,8% dos pais/responsáveis escovavam os dentes das crianças, quase um quarto das crianças (24,2%) escovavam os próprios dentes. Na literatura evidenciou-se que crianças com menos de 3 anos de idade não apresentam grau de motricidade fina suficientemente desenvolvida para escovar autonomamente os seus dentes.<sup>(14)</sup> Cerca de 9,1% das crianças escovavam os dentes com a ajuda dos pais/responsáveis. Estes, são responsáveis não só pela escovagem dos dentes das crianças (de modo a aumentar a eficácia da limpeza e a remoção da placa bacteriana), mas também por apoiá-las e incentivá-las a fazê-lo até aos 6 a 7 anos (idade coincidente com o domínio da escrita).<sup>(14, 18, 32)</sup> Constatou-se que a escovagem era feita maioritariamente na parte da manhã. De acordo com a literatura, de noite, a percentagem de fluoretos na cavidade oral é maior, o que leva a que este seja o horário mais importante para a escovagem.<sup>(44)</sup>

Quando analisadas as variáveis que foram usadas para determinar a “higiene oral adequada”, nos edêntulos, verificou-se que 37,7% utilizavam água, 78,8% lavavam com a frequência adequada e 76,4% das crianças recebiam escovagem pelos pais/cuidadores. No entanto, quando somadas estas três variáveis, verificou-se que apenas 24,0% dos edêntulos cumpriam estes três requisitos, ou seja, recebiam higiene oral adequada. Relativamente às crianças com dentes, 34,8% usavam corretamente pasta com flúor, 69,7% escovavam com a frequência apropriada e em 86,0% a escovagem era feita por pessoas adequadas. Ao somar as três, verificou-se que 22,3% das crianças com dentes recebiam higiene oral adequada.

Estes dados permitem inferir que é necessário consciencializar os pais de que a higiene oral adequada é caracterizada não só por uma medida isolada, mas sim por um conjunto de práticas que têm de ser feitas em simultâneo.

## **Considerações finais**

Neste estudo verificamos que uma proporção elevada de crianças não efetuavam uma higienização oral de forma adequada, quando considerada a frequência e o modo de a realizar. Tal facto permite-nos concluir que os pais/responsáveis possam não estar devidamente informados acerca dos cuidados de higiene oral para as crianças ou não estar a adotar os conhecimentos que lhes são transmitidos.

Sugere-se que se realizem mais estudos sobre os hábitos de higiene oral para crianças, idealmente estudos de carácter longitudinal, de modo a percebermos quais os fatores que influenciam os conhecimentos e as atitudes dos pais/cuidadores relativamente aos cuidados de higiene oral para as crianças.

## Referências bibliográficas

1. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saude Publica*. 1997;31:538-42.
2. Gil-Montoya JA, de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clinical interventions in aging*. 2015;10:461-7.
3. Workie MS, Belay DB. Bayesian model with application to a study of dental caries. *BMC oral health*. 2019;19(1):4-.
4. Duangthip D, Chen KJ, Gao SS, Lo ECM. Managing Early Childhood Caries with Atraumatic Restorative Treatment and Topical Silver and Fluoride Agents. 2017;14(10).
5. Sanguino SM, Dhepyasuwan N, Church A, Dabrow S, Serwint JR, Bernstein HH. Oral Health Promotion During Well Visits. *Clinical pediatrics*. 2017;56(10):894-901.
6. Alhabdan YA, Albeshr AG, Yenugadhati N, Jradi H. Prevalence of dental caries and associated factors among primary school children: a population-based cross-sectional study in Riyadh, Saudi Arabia. *Environmental health and preventive medicine*. 2018;23(1):60-.
7. Anil S, Anand PS. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Frontiers in pediatrics*. 2017;5:157-.
8. Zhu C, Yuan C, Ao S, Shi X, Chen F, Sun X, et al. The Predictive Potentiality of Salivary Microbiome for the Recurrence of Early Childhood Caries. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2018;8:423.
9. Ghaffari M, Rakhshanderou S, Ramezankhani A, Noroozi M, Armoon B. Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17-Year Intervention. 2018;16(1):59-67.
10. Anopa Y, McMahon AD, Conway DI, Ball GE, McIntosh E, Macpherson LMD. Improving Child Oral Health: Cost Analysis of a National Nursery Toothbrushing Programme. *PloS one*. 2015;10(8):e0136211-e.
11. Kumar S, Kroon J, Lalloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:41.

12. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGVd, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2013;22:224-30.
13. Ismail AI. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26(1 Suppl):49-61.
14. S S, M Z. Factors Affecting Oral Hygiene and Tooth Brushing in Preschool Children, Shiraz/Iran. *Journal of dental biomaterials*. 2017;4(2):394-402.
15. Sun HB, Zhang W, Zhou XB. Risk Factors associated with Early Childhood Caries. *Chin J Dent Res*. 2017;20(2):97-104.
16. Issanchou S. Determining Factors and Critical Periods in the Formation of Eating Habits: Results from the Habeat Project. *Ann Nutr Aliment*. 2017;70(3):251-6.
17. Turska-Szybka A, Gozdowski D, Olczak-Kowalczyk D. Impact of individual health-oriented parent education on eating and hygienic habits, oral hygiene level, and dentition condition in children with high risk of caries. *Developmental period medicine*. 2014;18(2):233-40.
18. Andrade DJCd, Guedes-Pinto AC. *Textos Escolhidos de Odontopediatria*. 1ª edição. Porto 2017.
19. Carey CM. Focus on fluorides: update on the use of fluoride for the prevention of dental caries. *The journal of evidence-based dental practice*. 2014;14 Suppl:95-102.
20. Cruz M, Narvai PC. Caries and fluoridated water in two Brazilian municipalities with low prevalence of the disease. *Rev Saude Publica*. 2018;52:28.
21. Oliveby A, Twetman S, Ekstrand J. Diurnal fluoride concentration in whole saliva in children living in a high- and a low-fluoride area. *Caries Res*. 1990;24(1):44-7.
22. Watanabe M, Wang D-H, Ijichi A, Shirai C, Zou Y, Kubo M, et al. The influence of lifestyle on the incidence of dental caries among 3-year-old Japanese children. *International journal of environmental research and public health*. 2014;11(12):12611-22.
23. Daly JM, Levy SM, Xu Y, Jackson RD, Eckert GJ, Levy BT, et al. Factors Associated With Parents' Perceptions of Their Infants' Oral Health Care. *Journal of primary care & community health*. 2016;7(3):180-7.
24. Ballantine JL, Carlson JC, Ferreira Zandoná AG, Agler C, Zeldin LP, Rozier RG, et al. Exploring the genomic basis of early childhood caries: a pilot study. *Int J Paediatr Dent*. 2018;28(2):217-25.

25. Baggio S, Abarca M, Bodenmann P, Gehri M, Madrid C. Early childhood caries in Switzerland: a marker of social inequalities. *BMC oral health*. 2015;15:82.
26. Ni L, Tang R, He T, Chang J, Li J, Li S, et al. Clinical effect of a manual toothbrush with tapered filaments on dental plaque and gingivitis reduction. *Am J Dent*. 2017;30(5):272-8.
27. Schuch HS, Haag DG, Kapellas K, Arantes R. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. 2017;45(5):434-41.
28. Peres MA, Antunes JL, Boing AF, Peres KG, Bastos JL. Skin colour is associated with periodontal disease in Brazilian adults: a population-based oral health survey. *J Clin Periodontol* 2007;34(3):196-201.
29. Chiapinotto FA, Vargas-Ferreira F, Demarco FF, Correa FO, Masotti AS. Risk factors for gingivitis in a group of Brazilian schoolchildren. *J Public Health Dent*. 2013;73(1):9-17.
30. Tiwari T, Albino J. Acculturation and Pediatric Minority Oral Health Interventions. *Dent Clin North Am*. 2017;61(3):549-63.
31. Dabawala S, Suprabha BS, Shenoy R, Rao A, Shah N. Parenting style and oral health practices in early childhood caries: a case-control study. *Int J Paediatr Dent*. 2017;27(2):135-44.
32. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R. Risk factors for dental problems: Recommendations for oral health in infancy. *Early Hum Dev*. 2017;114:16-21.
33. Begzati A, Bytyci A, Meqa K, Latifi-Xhemajli B, Berisha M. Mothers' behaviours and knowledge related to caries experience of their children. *Oral Health Prev Dent*. 2014;12(2):133-40.
34. Hashim R, Williams S, Thomson WM. Severe early childhood caries and behavioural risk indicators among young children in Ajman, United Arab Emirates. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*. 2011;12(4):205-10.
35. Sakalauskiene Z, Machiulskiene V, Murtomaa H, Vehkalahti MM. Satisfaction with dental care and its role in dental health-related behaviour among lithuanian university employees. *Oral Health Prev Dent*. 2015;13(2):113-21.
36. O'Sullivan DM, Douglass JM, Champany R, Eberling S, Tetrev S, Tinanoff N. Dental caries prevalence and treatment among Navajo preschool children. *J Public Health Dent*. 1994;54(3):139-44.

37. Leong PM, Gussy MG, Barrow SY, de Silva-Sanigorski A, Waters E. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *Int J Paediatr Dent*. 2013;23(4):235-50.
38. Sales Peres SHdC, Cardoso MTV, Garcez RMVdB, Sales Peres A, Bastos JRdM. Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno-infantil. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2001;55(5):346-50.
39. Kressin NR, Nunn ME, Singh H, Orner MB, Pbert L, Hayes C, et al. Pediatric clinicians can help reduce rates of early childhood caries: effects of a practice based intervention. *Care*. 2009;47(11):1121-8.
40. Krol DM. Educating pediatricians on children's oral health: past, present, and future. *Pediatrics*. 2004;113(5):e487-92.
41. Mouradian WE, Reeves A, Kim S, Lewis C, Keerbs A, Slayton RL, et al. A new oral health elective for medical students at the University of Washington. *Teach Learn Med*. 2006;18(4):336-42.
42. Jurgensen N, Petersen PE. Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. *BMC oral health*. 2009;9:29.
43. Imparato J. *Odontopediatria: Prática de Saúde Baseada em Evidências*: Elsevier Editora Ltda.; 2013.
44. Tenuta LM, Cury JA. Fluoride: its role in dentistry. *Pesqui Odontol Bras*. 2010;24 Suppl 1:9-17.

# **Anexos**

# **Anexo1 - Parecer substanciado do CEP**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Odontologia para Bebês na Estratégia de Saúde da Família (ESF)

**Pesquisador:** MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 86429217.0.0000.5024

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde -UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.857.836

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de intervenção longitudinal de caso e controle, com a avaliação de programas de Odontologia para bebês de até 36 meses, na ESF, com uma abordagem quantitativa e qualitativa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o potencial preventivo de um programa de Odontologia para bebês para o diagnóstico de alterações bucais em bebês de 6 a 36 meses, na Estratégia de Saúde da Família, em Salvador-BA.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os possíveis riscos que podem ocorrer em relação ao desconforto dos pais e/ou responsáveis em prestar informações foi previsto, porém será minimizado pela manutenção dos dados em sigilo. Os participantes poderão não responder perguntas que possam lhe causar constrangimento ou até mesmo interromper a entrevista. As informações colhidas ficarão sob a guarda e responsabilidade das pesquisadoras, durante 5 anos, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA).

O estudo tem como benefícios ajudar na melhoria da qualidade dos serviços odontológicos oferecidos para os bebês, ampliando o acesso aos serviços odontológicos da faixa etária que será trabalhada, prevenindo doenças bucais. Além disso, o acompanhamento da saúde bucal dos bebês poderá prevenir a cárie e melhorar os hábitos de higiene bucal e alimentares, como também o vínculo entre famílias e equipe, contribuindo para a conquista de uma geração livre de cárie. Será

**Endereço:** Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 40.110-150  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8965 **Fax:** (71)3283-8965 **E-mail:** cepodobahia@ufba.br

Continuação do Parecer: 2.857.836

garantido acesso aos serviços odontológicos para os sujeitos que foram identificados necessidades de tratamento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto encontra-se bem fundamentado, tem relevância social e científica para a saúde coletiva e é exequível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE em conformidade com Resolução 466/12, no entanto, ainda não apresenta de forma clara o contato completo CEP, para eventuais esclarecimentos ao participante da pesquisa.

Cronograma e orçamento financeiro estão em conformidade.

**Recomendações:**

Recomenda-se adicionar de forma clara no TCLE o contato do CEP, ou seja, endereço completo e telefone.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A plenária acompanha o parecer do relator

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_996603.pdf	02/08/2018 20:35:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_Maria_Lizzia_CEP_resposta2.pdf	02/08/2018 20:35:24	MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_maria_lizzia.pdf	14/05/2018 11:25:24	MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pdf_Maria_Lizzia.pdf	17/10/2017 19:39:07	MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_Maria_Lizzia.pdf	21/09/2017 11:58:48	MARIA LIZZIA MOURA FERREIRA DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar  
Bairro: Canela CEP: 40.110-150  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-8965 Fax: (71)3283-8965 E-mail: cepodobahia@ufba.br

UFBA - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA (FOUFBA) DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.857.836

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 30 de Agosto de 2018

---

**Assinado por:**  
**Ariei Cerqueira**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar  
Bairro: Canela CEP: 40.110-150  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-8965 Fax: (71)3283-8965 E-mail: ceodobahia@ufba.br

Página 03 de 03

## **Anexo 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido**



**Universidade Federal da Bahia**  
**Faculdade de Odontologia**  
**Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Olá, estamos convidando você e seu bebê para participar da pesquisa, **“ODONTOLOGIA PARA BEBÊS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”** que tem por objetivo avaliar o potencial preventivo de um programa de Odontologia para bebês para o diagnóstico de alterações bucais em bebês de 6 a 36 meses, na Estratégia de Saúde da Família, em Salvador-BA, de autoria das pesquisadoras Maria Cristina Teixeira Cangussu e Maria Lizzia Moura Ferreira dos Santos.

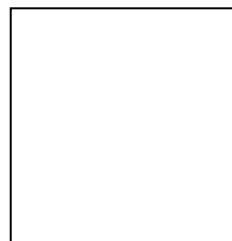
Este documento lhe dará informações sobre o estudo, sinta-se à vontade para realizar os questionamentos que julgar necessários. Você e seu (sua) filho (a) não serão identificados, pois seus nomes não aparecerão no estudo. Em qualquer momento você poderá negar ou desistir de participar, não havendo prejuízo para o seu atendimento no posto de saúde. Caso concorde em participar, será agendada uma visita em sua casa ou uma consulta, onde você irá responder algumas perguntas ao pesquisador e seu bebê será examinado pelo dentista (avaliação da boca e dos dentes com espelho clínico e sonda, algodão ou gaze), três vezes ao ano. Será garantido segredo, você será entrevistado sem a presença de outras pessoas e você poderá acrescentar ou retirar informações quando quiser.

Como possíveis benefícios, o estudo poderá ajudar na melhoria da qualidade dos serviços odontológicos oferecidos para os bebês, prevenindo doenças bucais nesta faixa etária. Será garantido acesso aos serviços odontológicos para os sujeitos que foram identificadas necessidades de tratamento. Os possíveis riscos podem ocorrer, em relação ao desconforto de prestar informações, mas será mantido segredo. Você poderá não responder perguntas que possam lhe causar constrangimento ou até mesmo interromper a entrevista. Você não receberá dinheiro nem terá qualquer gasto financeiro. As informações colhidas ficarão sob a guarda e responsabilidade das pesquisadoras, durante 5 anos, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), localizado na Rua Araújo Pinho, s/n, 6º andar, Canela, Salvador-BA. Quando houver necessidade de qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, podem entrar em contato, através do telefone: (71) 3283-8965 (CEP) ou 3283-8990 (Departamento de Odontologia Social).

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em congresso, seminário, livros, revistas, artigos, revistas científicas e afins. Assim, gostaríamos de contar com a sua participação. Desde já, agradecemos a sua participação e nos colocamos a disposição para qualquer informação.

Salvador-BA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante



\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

Impressão digital

Pesquisadoras responsáveis: Maria Cristina Teixeira Cangussú e Maria Lizzia Moura Ferreira dos Santos

## **Anexo 3 - Questionário**



Universidade Federal da Bahia  
Faculdade de Odontologia  
Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde

## QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Data do exame \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº [ ] [ ] [ ] [ ]

Examinador \_\_\_\_\_ Anotador \_\_\_\_\_

Cartão do SUS: \_\_\_\_\_

### I. IDENTIFICAÇÃO:

- Nome da criança: \_\_\_\_\_
- Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade [ ] meses Sexo [ ] 0-Masc 1-Fem.
- Cor/Raça: [ ] 0-branca 1-negra 2-amarela 3-parda -4 indígena 9-ignorado
- Distrito \_\_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_
- ACS \_\_\_\_\_ No da família \_\_\_\_\_ Demanda aberta [ ]
- Pai: \_\_\_\_\_
  - Grau de escolaridade do pai ou responsável legal (avó, avô, tia) [ ] 0-analfabeto 1-1º. G incompleto 2-1º. G completo (inclui o 2º. G incompleto) 3- 2º. G completo (inclui o 3º. G incompleto) 4- 3º. G completo 5- outros \_\_\_\_\_ 9- Ignorado
  - Prof./Ocupação: \_\_\_\_\_
- Mãe: \_\_\_\_\_
  - Grau de escolaridade da mãe [ ] Obs.: vide código acima
  - Prof./Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel. Fixo: \_\_\_\_\_ Tel. Cel.: \_\_\_\_\_

- Renda familiar (em Salários Mínimos): \_\_\_\_\_
- Situação conjugal [ ] 0-solteiro 1-casado 2-viúvo 3-separado 4-juntado 5-União estável 9-ignorado
- Nº de irmãos [ ] Ordem de nascimento [ ] Nº de pessoas no domicílio [ ]
- Casa [ ] 0-Própria 1-Alugada 2-Cedida 3-Outros \_\_\_\_\_ 9-Ignorado
- Número de cômodos [ ] Água encanada [ ] Rebocada [ ] 0-Não 1-Sim
- Recebe Bolsa Família [ ] 0-Não 1-Sim

### II. AVALIAÇÃO GERAL:

#### GESTAÇÃO:

- Idade da mãe [ ] anos No de filhos [ ]
- Fez Pré-natal: [ ] 0-Não 1- Sim Número de consultas [ ]

- *História gestacional* [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0-normal 1- infecção urinaria 2- hipertensão 3- diabetes 4-cardiopatia 5-doença pulmonar 6-doenças infecciosas 7-zika/ dengue/ chicungunya 8- outro
- *Uso de medicamentos* [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1-Antibióticos 2-Suplemento vitamínico 3-Sulfato ferroso 4- Outros\_\_\_\_\_
- *Motivo:* \_\_\_\_\_ *Período gestacional*\_\_\_\_\_
- *Acidentes:* [ ] 0-Não 1- Sim *Período gestacional*\_\_\_\_\_
- *Uso de drogas* [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1- Fumo 2-Álcool 3-Outras\_\_\_\_\_
- *Parto* [ ] 1- Normal 2-Normal com fórceps 3- Cesárea 4- Cesária com fórceps *Idade gestacional* [ ] 1-Termo 2-Prematuro

### **RECÉM-NASCIDO (até 29 dias):**

- *Nascimento* [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 1- Normal 2- Anóxia 3-Cianose 4- Hemorragia
- *Dificuldade de sucção* [ ] 0-Não 1-Sim *Apgar* [ ] [ ]
- *Peso ao nascer* [ ] kg *Altura ao nascer* [ ] cm
- *Hospitalizações* [ ] 0-Não 1-Sim
- *Uso de sonda* [ ] 0-Não 1-Sim *Tempo* [ ] dias
- *Entubação* [ ] 0-Não 1-Sim *Tempo* [ ] dias
- *Uso de medicamentos* [ ] 0-Não 1-Sim *Qual*\_\_\_\_\_

### **1º. ano:**

- *Doenças* [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
0-Não 1-Sarampo 2-Rubéola 3-Caxumba 4-Escarlatina 5- Catapora  
6-D.Respiratórias 7-D. cardíacas 8- D.Renais 9-Ignorado 10-  
D.Reumáticas  
11- D. Hepáticas 12- D.Hematológicas 13- D. Neurológicas 14  
Outras\_\_\_\_\_
- *Tratamento médico* [ ] 0-Não 1-Sim *Motivo:*\_\_\_\_\_
- *Problemas alérgicos* [ ] [ ] 0-Não 1-Pele 2- Respiratório 3-  
Outros\_\_\_\_\_
- *Uso de medicamentos* [ ] 0-Não 1- Sim *Qual*\_\_\_\_\_
- *Frequência de uso de medicamentos* [ ] 1-Muito frequente 2-Pouco  
frequente
- *Imunização* [ ] 0- Não 1- Sim 2- Incompleta

### **AValiação da Alimentação**

- *Aleitamento materno exclusivo* [ ] 0-Não 1- Sim
- *Período (Mês):* \_\_\_\_\_ *Frequência (vezes ao dia):* \_\_\_\_\_
- *Misto* [ ] 0- Não 1-Sim
- *Período (Mês):* \_\_\_\_\_ *Frequência: (vezes ao dia):* \_\_\_\_\_
- *Mamadeira exclusivo* [ ] 0- Não 1- Sim
- *Período (Mês):* \_\_\_\_\_ *Frequência (vezes ao dia):* \_\_\_\_\_



- Precisa de tratamento odontológico? [ ] 0-Não 1-Sim 9-Ignorado
- Realizou pré-natal odontológico? [ ] 0-Não 1-Sim 9-Ignorado

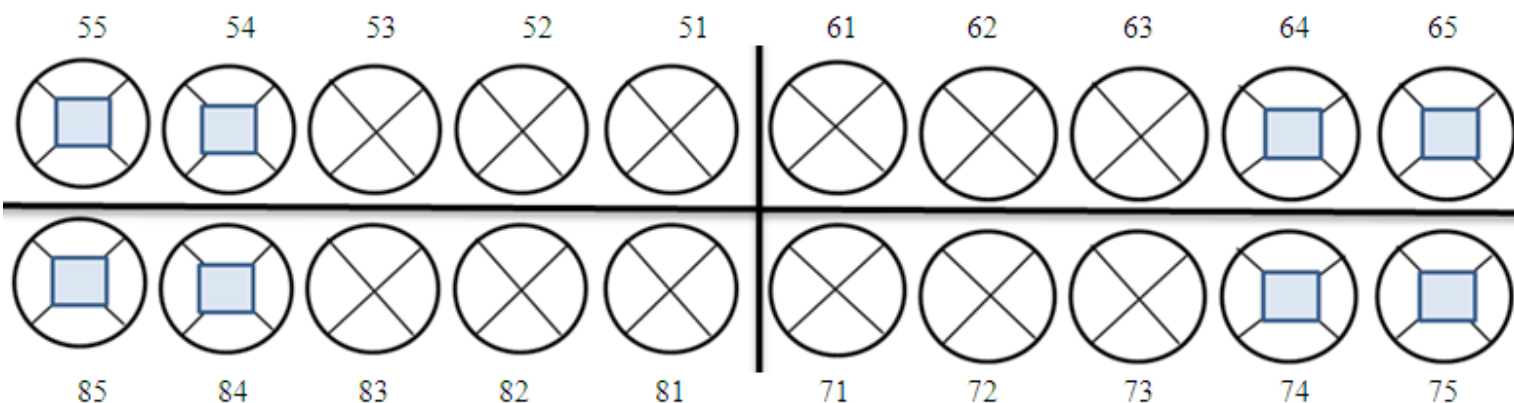
### AVALIAÇÃO BUCAL (T0)

Alterações de mucosa oral (Lábios, Bochechas, Língua, assoalho, gengiva, rebordo, palato) \_\_\_\_\_

Já teve candidíase/sapinho? [ ] 0-Não 1-Sim

- Alterações de Desenvolvimento [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- nenhuma 1-Cistos 2-Nódulos 3-Pérolas 4-Dente natal 5-Dente neonatal 6-Tumores 7-Outros \_\_\_\_\_
- Freio Labial Superior [ ] 0-Inserção normal 1- Inserção baixa
- Freio Lingual: [ ] 0-Normal 1-Curto
- Distúrbios de erupção [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- nenhum 1-coceira gengival, 2-irritação, 3-coriza, 4-salivação aumentada, 5-diarreia, 6-sono agitado, 7- febre, 8- cistos 9- Outros

ODONTOGRAMA: Início da erupção: \_\_\_\_\_ meses (circular dentes presentes)



**Legenda:** aplicar para cada superfície um código: C, MB; O; E; 9 (Excluído); P (pigmentado).

E um número conforme o ICDAS Modificado: 1-opacidade notável com pigmentação retida em fóssulas/fissuras 2-opacidade notável com pigmentação que extrapola fundo de fóssulas e fissuras 3- cavitação em esmalte 4- cavitação com sombreamento em dentina com microcavitação ou não em dentina 5- cavitação com exposição de dentina (até 1/2 superfície) 6- cavitação com exposição de dentina (maior que 1/2 superfície).

- Presença de placa bacteriana visível [ ] 0-Não 1- Sim
- Anomalias [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1-Extranumerário 2-Agenesia 3-Forma 4-Cor 5-Posição 6-Hipoplasia 7-Hipocalcificação 8-Outras \_\_\_\_\_
- Má oclusão (SB Brasil): [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0- normal 1-Mordida Cruzada Posterior  
2-Mordida Aberta Anterior 3- Mordida Cruzada Anterior 4- Apinhamento  
5- Outros \_\_\_\_\_

- Hábitos [ ] [ ] [ ] [ ] 0-Não 1-Sucção digital 2-Chupeta convencional  
3- Chupeta ortodôntica 4-Chupeta adocicada 5-Respiração bucal 6-  
Outros\_\_\_\_\_

Término: \_\_/\_\_/\_\_

## **Anexo 4 – Declaração de Autoria**

## DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

Porto, 24 de maio 2019.

A Investigadora:

Joana Amaro Rodrigues Carvalho

(Joana Amaro Rodrigues Carvalhais)

## **Anexo 5 – Parecer do Orientador**

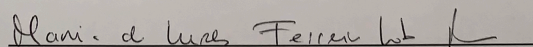
## PARECER

(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o trabalho de Monografia desenvolvido pela estudante *Joana Amaro Rodrigues Carvalhais*, com o título: "*Hábitos de higiene oral numa população de crianças dos 6 aos 36 meses em Salvador da Bahia, Brasil*", está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

Porto, 24 de maio 2019.

A orientadora:



(Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira)