

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social

Najara Barbosa da Rocha

**SAÚDE BUCAL DO BINÔMIO MÃE-FILHO: ASPECTOS
CLÍNICOS, SÓCIO-COMPORTAMENTAIS E QUALIDADE
DE VIDA**

ARAÇATUBA-SP
2013

Najara Barbosa da Rocha

**SAÚDE BUCAL DO BINÔMIO MÃE-FILHO: ASPECTOS
CLÍNICOS, SÓCIO-COMPORTAMENTAIS E QUALIDADE
DE VIDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” como requisito para a obtenção de título de Doutora.

Orientadora: Suzely Adas Saliba Moimaz

**ARAÇATUBA-SP
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na Publicação (CIP)

Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

Rocha, Najara Barbosa da.
R672s Saúde bucal do binômio mãe-filho: aspectos clínicos,
sócio-comportamentais e qualidade de vida./ Najara
Barbosa da Rocha. - Araçatuba : [s.n.], 2013
96 f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Orientadora: Profa. Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz

1. Qualidade de vida 2. Estudos longitudinais 3. Saúde
bucal 4. Fatores de risco 5. Cárie dentária I. T.

Black D5
CDD 617.601

*“Bom mesmo é ir à luta com determinação,
abraçar a vida com paixão,
perder com classe e vencer com ousadia,
porque o mundo pertence a quem se atreve
e a vida é MUITO pra ser INSIGNIFICANTE.”*

Charles Chaplin

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que é a minha base:

“Enquanto houver vocês do outro lado, aqui do outro eu consigo me orientar...”

À minha mãe, *Ida*, minha inspiração, se eu for metade do que ela é, em relação a dedicação, generosidade e amor, já estarei imensamente feliz;

Ao meu querido pai, *Joel*, que do plano espiritual está muito orgulhoso por ter contribuído para me tornar a pessoa que sou;

Às minhas irmãs, *Nádia*, *Nadeje* e *Nadja*, que me apóiam sempre no que eu preciso;

À minha pequena família que esta sendo formada e que Já me incentiva para ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

À Deus, a Nossa Senhora da Aparecida e ao meu Guia Mediúnico, luzes que me deram força e vontade de lutar e concluir esta etapa. Obrigada por tudo em minha volta. Sou abençoada;

À todos da minha família, que de alguma forma sempre me incentivaram e tiveram orgulho do que eu faço. Principalmente a minha mãe Ida, meu pai Joel, minhas irmãs Nádia, Nadeje e Nadja, meus sobrinhos Dani, Gabi e Nanda; Marcão, minhas tias Suzi e Beth; meu tio Arnaldo Obrigada pela convivência e pelo amor;

Aos meus verdadeiros amigos que sempre estiveram me apoiando na minha jornada, aos antigos e os novos, os de longe e os de perto, que estão guardados em meu coração;

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA-UNESP por todas as oportunidades concedidas e pelo novo lar que me acolheu por 12 anos;

À professora Suzely Adas Saliba Moimaz pelas orientações que ficarão sempre registradas em minha vida e principalmente pela compreensão, afinal são 12 anos de orientação desde a graduação, aprendi tudo que sou na área acadêmica e parte da vida com a senhora;

Aos professores Dra Nemre e Dr Orlando, exemplos de vida, que tem meu carinho para o resto da minha vida;

Aos professores Dra Cléa e Dr Artênio pela convivência e orientação;

Aos professores da pós-graduação do Odontologia Preventiva pelo companheirismo;

Aos técnicos Valderez, Nilton e Neusa pelo apoio e ajuda constante, obrigada pela convivência, sem vocês tudo seria mais difícil;

Aos meus amigos de pós-graduação que fica difícil citar, que foram tantos nestes 6 anos de pós, mas, em especial ao Diego, Fabiano, Miriam, Renata Reis, Renata Colturato, Ana Carolina, Gabriela, Luis Fernando, Daniela, Fernando, Thaís, Mirelli, Neila, Rosana, Patrick, Paula, Carlos, entre outros que já nos deixaram, obrigada por tudo!!!;

À seção de pós-graduação, em especial a Valéria e Diogo, por todas as orientações e ajuda;

Aos funcionários da Biblioteca pela ajuda contínua, adequações e na melhoria de nossos trabalhos;

À Diretoria desta Faculdade de Odontologia de Araçatuba, na pessoa da Diretora Profa. Ana Maria, pelo apoio desmedido;

As mães da minha pesquisa, que participaram voluntariamente, com toda bondade e carinho, permitindo as visitas em seu domicílio, criando vínculo com nossa equipe e cedendo parte de experiências das suas vidas;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo auxílio financeiro para a realização do projeto e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pela concessão da bolsa de doutorado, apoio indispensável.

EPÍGRAFE

Mãe e Filho

*Primícias do meu amor!
Meu filhinho do meu seio
Tenro fruto que à luz veio
Como à luz da aurora a flor!*

*Na tua face inocente,
De teu pai a face beijo,
E em teus olhos, filho, vejo
Como Deus é providente;*

*Via em lâmina dourada
O meu rosto todo o dia,
E a minha alma não havia
De a ver nunca retratada?*

*Quando o pai me unia à face
E em seus braços me apertava,
Pomba ou anjo nos faltava
Que ambos juntos abraçasse!*

*Felizmente Deus que o centro
Vê da Terra e vê do abismo,
Que bem sabe no que eu cismo,
Na minha alma um altar viu dentro:*

*Mas com lâmpada sem brilho,
Sem o deus a que era feito...
Bafeja-me um dia o peito,
E eis feito o meu gosto, filho!*

*Como em lágrimas se espalma
Dor íntima e se esvaece
De alma o resto quem pudesse
Vazar todo na tua alma!*

*Mas em ti minha alma habita!
Mas teu riso a vida furta...
Mas que importa! (morte curta!)
Se um teu beijo ressuscita!*

João de Deus, em 'Campo de Flores'

RESUMO GERAL

Najara BR. Saúde bucal do binômio mãe-filho: aspectos clínicos, sócio-comportamentais e qualidade de vida. [tese] Araçatuba: Univ Estadual Paulista, 2013.

A mãe exerce papel fundamental no desenvolvimento da criança; é responsável pela adoção de hábitos saudáveis, que reduzem os fatores de risco para doenças bucais no filho. Os objetivos, neste estudo, foram analisar a saúde bucal materna, qualidade de vida e fatores que interferem no desenvolvimento de cárie dentária em crianças. Foi realizado um estudo longitudinal, prospectivo, da gestação até quatro anos de idade das crianças. A amostra foi composta por gestantes que estavam no terceiro trimestre e atendidas nos serviços públicos de saúde, as quais foram entrevistadas e submetidas a exames clínicos bucais. As crianças foram observadas, após o nascimento em seus domicílios até os quatro anos de idade, realizados os exames clínicos bucais. Os questionários utilizados foram: semi-estruturado calibrado em estudo piloto, com percepção sobre saúde bucal e OHIP-14. As variáveis estudadas foram: saúde bucal da mãe e do filho, condição socioeconômica e comportamental, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e percepção da mãe sobre sua saúde bucal e de seu filho. Foram realizadas análises estatísticas bivariadas, de correlação e regressão logística multivariada. As gestantes ($n=116$) tinham idade média de 25 ($\pm 5,8$) anos, em sua maioria trabalhavam (54,3%), tinham menos de 12 anos estudados (93,1%), moravam com companheiro (80,2%) e eram de baixa renda (90,5%). O índice CPO médio das mães foi de 12,1 ($\pm 6,3$); a maioria necessitava de algum tipo de prótese (56,0%), apresentaram alteração gengival (91,9%), dentes cariados (68,9%), necessidade de tratamento (66,4%) e perda de inserção de até 3 mm (75,3%). A média do OHIP-14 foi de 5,11, sendo que o maior impacto da saúde bucal, na qualidade de vida, esteve associado com necessidade de prótese ($p=0,00$), necessidade de tratamento ($p=0,00$), presença de cárie ($p=0,00$) e dentes perdidos ($p=0,00$). As crianças ($n=73$) eram, em sua maioria do sexo feminino ($n=43$ - 58,9%), nasceram com mais de 2,5 kg (62 - 84,9%) e com mais de 37 semanas de gestação (58 - 79,5%). Aos quatro anos de idade, o ceo médio foi de 1,79 ($\pm 2,88$), sendo o elementoariado (81,5%) o mais prevalente. A presença de cárie esteve relacionada com presença de hábitos deletérios ($p=0,01$) e menor tempo de aleitamento materno ($p=0,01$). A cárie precoce na infância esteve relacionada com o compartilhamento de escovas dentais ($p=0,01$). Na análise multivariada, a cárie esteve associada com presença de hábitos deletérios ($p=0,04$) e a cárie precoce na infância com compartilhamento de escovas ($p=0,02$). Das mães, 57,5% ($n=42$) consideraram ruim a sua saúde bucal e 88,1% apresentavam cáries ($p=0,00$). Do total, 31,5% ($n=23$) relataram a saúde bucal de seus filhos como ruim, sendo que 47,8% ($n=11$) tinham cárie ($p=0,05$). Fatores sociocomportamentais estiveram relacionados à cárie nas crianças e fatores clínicos e sociais às medidas de percepção sobre saúde bucal. As piores condições clínicas odontológicas estiveram associadas com o maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Estudos longitudinais. Saúde bucal. Fatores de risco. Cárie Dentária.

ABSTRACT

Najara BR. Oral health of both mother and child: clinical, socio-behavioral, and quality of life., [thesis] Araçatuba: Univ Estadual Paulista, 2013.

The mother has fundamental role on her child's development; she's responsible for the adoption of health habits, which reduce factors associated with oral diseases on the child. The goals, on this study, were to analyse the maternal oral health, quality of life and other factors that interfere on development of tooth decay on children. An analysis was done on a longitudinal, prospective study from pregnancy to 4 years of age. The sample was made of pregnant women on their third trimester of pregnancy, served in the public health service, who were interviewed subjected to clinical oral exams. The children were observed, after birth in their homes to 4 years of age, subjected to clinical oral exams. The questionnaires used were semi-structured calibrated in a pilot study with oral health perception and OHIP-14. The variables studied were: mother and child's oral health, socioeconomic status and behavioral condition, the impact of the oral health on the quality of life and perception of the mother about the child's oral health. Bivariate statistical analyzes were performed, of correlation and multivariate logistic regression. The pregnant women (n=116) were, in average, 25 years old (± 5.8), the majority worked (54.3%), had less than 12 years of schooling (93.1%), lived with their partners (80.2%) and had low-income (90.5%). The average CPO index of such mothers was of 12.1(± 6.3) ; the majority needed some type of prosthesis (56.0%), presented gum alteration (91.9%), decayed teeth (68.9%), need of some kind of treatment (66.4%) and periodontal attachment loss to 3mm (75.3%). The OHIP-14 average was of 5.11, being that the higher impact of oral health, in quality of life, was associated with the need for prosthesis ($p < 0.01$), need of treatment ($p < 0.01$), decay ($p < 0.01$) and lost teeth ($p < 0.01$). Children (n=73) were, in its majority female (n=43 – 58.9%), born with more than 2.5kg (62 – 84.9%) and with more than 37 weeks of pregnancy (58 – 79.5%). At four years of age, the average CEO was of 1.79 (± 2.88), being the decayed element (81.5%) the most prevalent. The presence of decay was related to the presence of deleterious habits ($p = 0.01$) and shorter duration of breastfeeding ($p = 0.01$). The early decay in childhood with sharing of toothbrushes ($p = 0.02$). Of the mothers, 57.5% (n=42) considered their own oral health poor and 88.1% presented decay ($p < 0.01$). Of the total, 31.5% (n=23) related their children's oral health as poor, being 47.8% (n=11) had decay ($p = 0.05$). Factors socio-behavioral factors were related to decay in children and clinical and social factors to the perception measures about oral health. The worst clinical dental conditions were related to the higher impact of oral health in the quality of life of the pregnant women. Key-words: Quality of life; Longitudinal studies; Oral health, Risk factors, Dental Caries.

LISTAS DE FIGURAS

Capítulo 2

Gráfico 1 – Distribuição numérica da percepção da mãe sobre sua saúde bucal e de seu filho, Araçatuba 2013.

50

LISTAS DE TABELAS

Capítulo 1	
Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das características das gestantes entrevistadas (n=116), São Paulo-Brasil, 2013.	28
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos escores do OHIP-14 aplicado em gestantes, de acordo com os 7 domínios, São Paulo - Brasil, 2013.	29
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das gestantes de acordo com as seguintes variáveis: escore do OHIP-14, CPO, CPI e PIP, São Paulo-Brasil, 2013.	31
Tabela 4 – Escores do Impacto de saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) com as variáveis clínicas bucais, São Paulo-Brasil, 2013.	32
Tabela 5 - Correlação* entre as variáveis e domínios e valor total do impacto da saúde bucal na qualidade de vida – São Paulo-Brasil, 2013.	33
Capítulo 2	
Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das características das mães entrevistadas (n=73) - Araçatuba, 2012.	49
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das mães, segundo variáveis clínicas e não clínicas sobre medidas de autopercepção em saúde bucal - Araçatuba, 2013.	51
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das crianças, segundo as variáveis clínicas de saúde bucal e não clínicas com medidas de percepção da mãe sobre a saúde bucal do filho - Araçatuba, 2013.	52
Tabela 4 – Análise de regressão logística múltipla entre variáveis e percepções de saúde bucal de mães e filhos - Araçatuba, 2013.	52
Capítulo 3	
Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das mães durante a gestação, de acordo com o índice CPO, Araçatuba 2013.	68
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das crianças, de acordo com o índice ceo, Araçatuba 2013.	69
Tabela 3 – Associação da presença de cárie na gestante com presença e experiência de cárie no filho, Araçatuba 2013.	69
Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das crianças, de acordo com a presença de cárie na infância e as variáveis estudadas, Araçatuba 2013.	71
Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das crianças, de acordo com a presença de cárie precoce na infância (ceo≥1) e as variáveis estudadas, Araçatuba 2013.	72
Tabela 6 – Análise de regressão logística múltipla de associações entre as variáveis com $p \leq 0.20$ e presença de cárie na criança - Araçatuba, 2013.	73

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Ceo	Índice para indicar o número de dentes decíduos: cariado, extraído e obturado
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Coef.	Coeficiente
CPI	Índice Periodontal Comunitário, emprega-se a sigla CPI, das iniciais do índice em inglês, pela facilidade fonética e pela sonoridade próxima ao consagrado CPO. Este índice permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa.
CPO	Índice para indicar o número de dentes permanentes: Cariado, perdido e obturado
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IC	Intervalo de confiança
OHIP-14	Oral Health Impact Profile – Índice para avaliar o impacto de problemas bucais na qualidade de vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds ratio – Razão de chances
PIP	Índice Perda de Inserção Periodontal, é adotado a sigla “PIP”, das iniciais em português. Este índice permite avaliar a condição da inserção periodontal, tomando como base a visibilidade da junção cimento-esmalte (JCE)
SIS Pré-Natal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução geral	15
2. Capítulo 1	20
<i>Impacto de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes</i>	20
2.1 Resumo	21
2.2 Introdução	22
2.3 Metodologia	24
2.4 Resultados	28
2.5 Discussão	34
2.6 Conclusão	38
2.7 Referências	39
3. Capítulo 2	
<i>Relação entre percepção sobre saúde bucal, condições clínicas e fatores sócio comportamentais do binômio mãe-filho</i>	42
3.1 Resumo	43
3.2 Introdução	44
3.3 Metodologia	46
3.4 Resultados	49
3.5 Discussão	53
3.6 Conclusão	57
3.7 Referências	58
4. Capítulo 3	
<i>Determinantes da cárie na infância: Um estudo longitudinal da gestação aos 4 anos de idade da criança</i>	61
4.1 Resumo	62
4.2 Introdução	63
4.3 Metodologia	65
4.4 Resultados	68
4.5 Discussão	74
4.6 Conclusão	78
4.7 Referências	79
Anexos	83

1. INTRODUÇÃO GERAL

A gestação é um estado único e valioso no ciclo de vida da mulher. Neste período ela se encontra mais susceptível e sensível para receber informações as quais possam levar melhorias à sua vida e à de seu bebê.^{1,2,3} É a época ideal e propícia para criar um novo senso crítico sobre determinados assuntos, como promoção de saúde e assim desenvolver a habilidade para a aquisição de novos hábitos saudáveis, visando o bem-estar da própria gestante e de seu futuro bebê. Quanto maior for a atitude positiva da mãe com relação à sua própria saúde, melhor será a saúde geral e bucal de seus filhos.^{1,2}

A relação materno-infantil inicia cedo, desde o período de gestação, e se dá, basicamente, por meio de expectativas que a mãe tem sobre o bebê e da interação que estabelece com ele.^{4,5,6} O vínculo que se cria na gestação se fortalece após o nascimento e é alimento que dura para vida toda.

As atitudes e comportamentos podem ser transferidos da mãe para filho. Os pais são peças fundamentais na promoção e manutenção da saúde dos filhos,⁶ mas a mãe, principalmente, tem papel central na formação, transmissão, preservação biológica e social de seus filhos⁸ e deve ser priorizada nos serviços odontológicos, pois ela é apontada na transmissão das bactérias que provocam a cárie dentária para seus filhos,^{9,10} não somente como transmissora de micro-organismos, mas também é como a principal multiplicadora de modelos, hábitos, valores e atitudes,¹¹ promotora e reprodutora dos cuidados biológico e social da família e de si mesma.⁶

O diagnóstico de saúde bucal tradicional é focado, na maioria dos casos, somente na percepção do cirurgião-dentista sobre as condições clínicas do paciente. Em geral, não é atribuída importância a fatores sociocomportamentais que podem afetar diretamente a saúde bucal.¹²

* Lista de referências no Anexo C.

A saúde envolve aspectos clínicos e subjetivos¹³; por isso, se indicadores de qualidade de vida e autopercepção de saúde bucal fossem considerados no diagnóstico em saúde bucal, as necessidades de tratamentos estimadas poderiam ser mais amplas e os critérios de julgamento seriam mais reais.¹⁴

As gestantes são consideradas pacientes especiais por serem um grupo de risco para doenças bucais e, também, pelo fato de apresentarem alterações físicas, biológicas e hormonais que acabam por criar condições adversas no meio bucal e no seu estado psicossocial.¹ Existem poucos estudos sobre o impacto de saúde bucal na qualidade de vida de mulheres no período gestacional,¹⁵⁻¹⁸ por isso a necessidade de desenvolver estudos que relacionem esta temática.

É importante salientar que, além dos dados quantitativos da doença, é necessário também analisar os dados qualitativos, sobretudo o modo como o indivíduo se percebe. Quando o paciente está motivado e tem consciência de sua própria condição, há um interesse em cuidar de sua saúde e melhorar sua qualidade de vida.¹⁹

A autopercepção é subjetiva, combinando componentes físicos, emocionais, de bem-estar e sendo influenciada por comportamentos relacionados aos cuidados de saúde.²⁰ Ela também está relacionada com os fatores objetivos da doença (condição clínica)²¹ Por isso, é importante compreender a relação entre autopercepção da saúde bucal e condição clínica odontológica, com o objetivo de ajudar no planejamento e avaliação de programas de saúde pública, priorizando os grupos de que realmente necessitam.²⁰

No Brasil, nos últimos anos, houve melhorias nos índices de cárie (ceo) na dentição decídua em crianças de cinco anos, tendo sido observada uma redução neste índice de 13.9% registrada no levantamento nacional de 2010 (ceo médio= 2.4) em comparação ao levantamento de 2003 (ceo médio =2.8).²²

A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD)²³ classifica cárie precoce na infância como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados, perdidos ou restaurados antes dos 71 meses de idade. O acometimento precoce da cárie dentária ainda é considerado um problema de saúde pública que atinge principalmente a população desfavorecida socialmente.

Com o declínio da cárie dentária, houve uma polarização crescente na sua distribuição.²⁴ Em algumas áreas, o índice ceo aumentou e a cárie dentária ficou concentrada em pequenos grupos da população. A forte polarização na distribuição da doença, mesmo entre as crianças, indica que uma proporção considerável deste grupo não recebe benefícios de programas de prevenção.²⁵

A presença de cárie na dentição decídua é um fator predominante na instalação de cárie dentária na dentição permanente.^{26,27} Assim, estudar os fatores de risco para cárie e sua distribuição são essenciais para entender o desenvolvimento desta doença, permitindo controlar, prevenir e desenvolver programas para seu controle. ,

Em pesquisas nas bases de dados internacionais e nacionais, do ano de 2012, foram encontradas poucas pesquisas sobre o binômio mãe-filho com desenho longitudinal, a maioria foi do tipo transversal. Nos estudos longitudinais é possível ter uma visão da continuidade dos processos, avanço das patologias, mudança de hábitos, dentre outros aspectos relacionados à saúde de mães e crianças.

A presente pesquisa fez parte de um projeto maior denominado “Impacto das Ações de Atenção Básica na Prática do Aleitamento Materno e na Saúde Bucal do Binômio Mãe-Filho”, iniciado no ano de 2007, coordenado pelas professoras Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz e Dra. Nemre Adas Saliba. Obteve Auxílio Pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e teve a participação de alunos dos cursos de Mestrado e Doutorado em Odontologia

Preventiva e Social, docentes e funcionários da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp. O projeto foi dividido em duas fases.

A primeira fase objetivou analisar as condições socioeconômicas, comportamentais e saúde bucal das gestantes cadastradas (n=116) no programa SIS-Pré-Natal dos serviços públicos de saúde de dois municípios da região de Araçatuba-SP. Nesta etapa, também foi realizado exame clínico bucal das gestantes de acordo com a metodologia da Organização Mundial de Saúde (OMS).²⁸

A Fase II iniciou-se com o nascimento das crianças. Foram realizadas visitas periódicas domiciliares, com coleta de dados mensais dos bebês até os seis meses de idade, posteriormente aos 12, 18, 36 meses e quatro anos de idade (n=73). Foram coletadas informações sobre condições de saúde geral da mãe e do filho, parto, hábitos de higiene e alimentares, a percepção e cuidados maternos sobre a saúde bucal infantil, a condição de saúde bucal das crianças bem como os fatores predisponentes à cárie dentária. Aos quatro anos de idade completos da criança foi realizado o exame clínico.

Esta pesquisa está dividida em três capítulos:

- **Capítulo 1 – Impacto de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes.**

Problemas bucais durante a gravidez têm efeitos negativos sobre a estudo qualidade de vida das mulheres; por isso, o objetivo neste estudo foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes e relacionar com a condição clínica odontológica.

Capítulo 2 – Relação entre percepção sobre saúde bucal, condições clínicas e fatores sociocomportamentais do binômio mãe-filho.

A percepção dos indivíduos sobre sua saúde bucal pode estar relacionada às condições clínicas e também às socioeconômicas e

comportamentais. O objetivo, neste capítulo, foi verificar a percepção da mãe sobre sua saúde bucal e a de seu filho, bem como analisar a associação com fatores sociocomportamentais.

- **Capítulo 3 – Determinantes da cárie na infância: Um estudo longitudinal da gestação aos quatro anos de idade da criança.**

A cárie dentária é uma doença infecciosa, com etiologia multifatorial. Muitos fatores são conhecidos em relação ao desenvolvimento de cárie, tais como: saúde bucal da mãe, escolaridade materna, renda familiar, estado conjugal na família, idade da mãe ao nascimento, peso da criança ao nascer, idade gestacional e presença de *S Mutans* na mãe. Também existem evidências de que o estilo de vida e o comportamento da mãe influenciam no desenvolvimento de cárie precoce na infância. O objetivo, neste estudo, foi explorar associações entre saúde bucal, características socioeconômicas e comportamentais de gestantes e prevalência de cárie nos filhos.

2. CAPÍTULO 1***IMPACTO DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES***

2.1 Resumo

Introdução: É observado que problemas bucais durante a gravidez têm efeitos negativos sobre a qualidade de vida das mulheres. **Objetivos:** Avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes e relacionar com a condição clínica bucal. **Métodos:** Foi realizado um estudo com 116 gestantes atendidas nos serviços públicos de saúde, com exames clínicos bucais e entrevistas, empregando-se o OHIP-14 e outro questionário com variáveis sobre condição socioeconômica, gestação e hábitos maternos. Análises bivariadas, teste não paramétrico de Mann-Whitney e coeficiente de correlação de Spearman (rs) foram utilizados para análises estatísticas. **Resultados:** O escore médio do OHIP foi 5.11, sendo que o maior impacto concentra-se na dimensão de dor física. O índice CPO médio foi de 12,14, sendo 85.3% com índice ≥ 4.4 (alto ou muito alto). A maioria necessitava de algum tipo de prótese (56.0%), com alteração gengival (91.9%), dente cariado (68.9%) e necessidade de tratamento (66.4%). O maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida associou-se significativamente com necessidade de prótese ($p < 0,01$), de tratamento ($p < 0,01$), presença de dente cariado ($p < 0,01$) e falta de dente na boca ($p < 0,01$). Além disso, a idade ($p = 0,04$) e número de gravidez ($p = 0,03$) foram significativamente correlacionados com o maior impacto. **Conclusão:** As piores condições clínicas odontológicas estiveram associadas com o maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes.

Palavras-chave: Qualidade de vida, gestantes, saúde bucal.

2.2 Introdução

O diagnóstico de saúde bucal clássico é focado somente na avaliação clínica do paciente efetuado por profissionais. Não é atribuída importância a fatores subjetivos que afetam diretamente a saúde bucal, como exemplos, a qualidade de vida, renda, escolaridade, hábitos ou percepção da sua própria saúde[1].

Estudos demonstraram que problemas, na saúde bucal, tais como a falta de dentes, prejudica a ingestão de nutrientes e o comportamento psicossocial dos indivíduos[2-5].

A saúde geral envolve aspectos clínicos e subjetivos, tais como: bem-estar funcional, social, psicológico e compreensão do processo saúde-doença[6]. Se os indicadores de qualidade de vida e autopercepção de saúde bucal fossem considerados no diagnóstico em saúde bucal, as necessidades de tratamentos estimadas poderiam ser mais amplas e os critérios de julgamento mais reais[7].

As gestantes são consideradas pacientes especiais por serem um grupo de risco para doenças bucais, devido ao fato de apresentarem alterações físicas, biológicas e hormonais que acabam por criar condições adversas no meio bucal e no seu estado psicossocial, podendo afetar seu futuro filho[8].

Em pesquisa nas bases de dados de 2012, com as palavras-chave do estudo (qualidade de vida, saúde bucal e gestantes), foi verificado que existem poucos estudos sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em mulheres grávidas[3,4,9-12].

Foi observado que a dor bucal durante a gravidez teve um efeito negativo sobre a qualidade de vida das mulheres e foram identificadas dificuldades na manutenção do equilíbrio emocional, na alimentação e higienização dos dentes durante a gestação[3].

Para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, muitos estudos utilizaram o questionário OHIP-14, desenvolvido por Slade e Spencer[4,9,11-13].

Estas 14 questões foram efetivas para revelar as mesmas associações com fatores clínicos e socio demográficos observados na utilização do instrumento original[14]. É importante considerar que o OHIP-14 já foi testado e validado para o uso na língua portuguesa e, além disso, esta versão do OHIP-14 mostrou boas propriedades psicométricas, semelhantes às exibidas pelo instrumento original[12].

O questionário simplificado do OHIP (OHIP-14) permite avaliar o impacto desfavorável provocado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida e mostra as experiências subjetivas associadas à saúde bucal. A utilização de um indicador como o OHIP pode facilitar o planejamento dos serviços odontológicos pela possibilidade de se priorizar o atendimento das pessoas com alto impacto da saúde bucal na qualidade de vida[1].

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes e relacionar com a condição clínica odontológica.

2.3 Metodologia

Foi realizado um estudo, em duas cidades do Estado de São Paulo-Brasil, para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes. Este projeto iniciou-se com o acompanhamento de 119 mulheres no último trimestre da gestação, residentes em uma região com perfil socioeconômico comum da região noroeste do Estado de São Paulo-Brasil, três mães desistiram do estudo, após explicação do conteúdo da pesquisa, e cinco mães não quiseram fazer o exame clínico bucal.

Foi realizado estudo piloto em 10 gestantes para calibração dos examinadores e verificação de possíveis erros na coleta dos dados. Durante o estudo piloto, foi testada a aplicação do questionário OHIP-14, instrumento de coletas de dados semi-estruturado e o exame clínico.

Critérios de inclusão foram selecionadas as todas as gestantes cadastradas no serviço público de saúde (Unidades Básicas de Saúde) no período de agosto a outubro de 2007 e gestantes que estavam no último trimestre da gravidez. Foram excluídas do estudo as que se recusassem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e que não estivessem no seu último trimestre de gravidez.

As gestantes foram submetidas a exames clínicos bucais e entrevistas, nas quais foram empregados dois formulários, OHIP-14 e outro pré-testado em estudo piloto, contendo questões sobre condição socioeconômica, gestação, hábitos de saúde e higiene.

Os exames bucais foram realizados por uma equipe previamente calibrada, de acordo com os critérios da OMS[15], teste Kappa=0.91, utilizando-se espelho bucal plano e sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador e a gestante sentados.

O OHIP-14 foi incluído no questionário para medir o impacto social dos problemas que podem comprometer saúde bucal. As gestantes foram questionadas com que frequência “Nunca”, “Raramente”, “Às vezes”, “Repetidamente” ou “Sempre”

aconteceram alguns dos problemas avaliados pelo OHIP-14 nos últimos seis meses[3].

A versão portuguesa do questionário do OHIP-14 não foi alterada[12]. Não houve a necessidade de validar o instrumento aplicado nesta pesquisa, tendo em mente que este instrumento já é validado para a população em estudo. Cada resposta tem um peso e o mesmo é somado ao final do questionário. A soma dos pontos representa o impacto de saúde bucal na qualidade de vida, quanto mais alta a soma, maior impacto negativo[3].

Foi visto em estudo piloto que era necessário adaptar uma explicação para as alternativas do questionário, como realizado por Cohen-Carneiro et al.[16]: Nunca – nenhuma vez nos últimos seis meses; Raramente – uma ou duas vezes nos últimos seis meses; Às Vezes – todos os meses ou cada semana nos últimos seis meses; Repetidamente – quase todo dia ou duas ou mais vezes por semana e Sempre – toda hora, diariamente nos últimos seis meses.

O OHIP é composto pelos seguintes domínios: limitação funcional (questões 1 e 2), dor física (questões 3 e 4), desconforto psicológico (questões 5 e 6), incapacidade física (questões 7 e 8), incapacidade psicológica (questões 9 e 10), incapacidade social (questões 11 e 12) e deficiência na realização das atividades cotidianas (questões 13 e 14)[17].

Para calcular o impacto de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes, pontuações originais do OHIP-14 foram conferidas para cada pergunta de acordo com a resposta apresentada, seguindo o método ponderado padronizado baseado em Oliveira & Nadanovsky[12]: nunca – 0; raramente – 1; às vezes – 2; frequentemente – 3; sempre – 4; não sabe – exclusão (de todo o formulário). Além disso, esse valor foi multiplicado pelo peso de cada pergunta como se segue: Pergunta 1: peso = 0,51; Pergunta 2: peso = 0,49; Pergunta 3: peso = 0,34; Pergunta 4: peso = 0,66; Pergunta 5: peso = 0,45; Pergunta 6: peso = 0,55; Pergunta 7: peso = 0,52; Pergunta 8: peso =

0,48; Pergunta 9: peso = 0,60; Pergunta 10: peso = 0,40; Pergunta 11: peso = 0,62; Pergunta 12: peso = 0,38; Pergunta 13: peso = 0,59; Pergunta 14: peso = 0,41. Desse modo, ao somarmos a pontuação final de todas as perguntas, obtivemos valores variando entre 0 e 28 pontos. Quanto maior a pontuação apresentada, maior a percepção do impacto pela gestante[18].

Todos os questionários foram revisados, digitados e analisados empregando-se o Programa Epi Info 7[19] e o Bioestat[20] de livre distribuição no Brasil.

As variáveis (condições sociodemográficas, condições clínicas de saúde bucal das gestantes e as visitas aos dentistas os últimos 12 meses) foram descritas por meio de distribuição de frequências para variáveis categóricas e médias para variáveis contínuas. O teste de Qui-quadrado foi utilizado para avaliar as associações entre as variáveis categóricas. O valor de p considerado estatisticamente significativo foi 0.05 (IC 95%).

As variáveis clínicas foram avaliadas, de acordo com a metodologia de Cohen-Carneiro et al. [16] pela associação dos escores do OHIP com os seguintes parâmetros clínicos: necessidade de próteses (sim, qualquer tipo de próteses bucais, os códigos de 1 a 4; não necessidade, o código 0); necessidade de tratamento dentário (sim, presença de pelo menos uma necessidade de tratamento classificados entre 1, 2 e 8 no código de tratamento; não, todos os dentes com códigos de 0 ou 9); presença de cáries dentárias não tratadas (componente sim, "D" do índice CPO-D diferentes de zero; não, componente "D" igual a zero); faltando dentes (sim componente, "P" do índice CPO-D diferentes de zero; não, componente "P" igual a zero); doença gengival (componente sim, se tiver algum tipo de alteração como sangramento, tártaro, perda de inserção do dente). O teste não paramétrico de Mann-Whitney foi usado para comparar as pontuações do OHIP com as variáveis nominais dicotômicas descritas acima.

Para avaliar a relação entre os indicadores de saúde periodontal (CPI), CPO, idade e número de gestações com os escores do OHIP, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (r_s).

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA/UNESP, processo n. 2006–01471 e o consentimento livre e esclarecido foi obtido pelo sujeito da pesquisa antes do início das entrevistas e exame clínico.

2.4 Resultados

A tabela 1 mostra as características das gestantes entrevistadas.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das características das gestantes entrevistadas (n=116), São Paulo-Brasil, 2013.

Características maternas		n	%
Trabalha	Não	53	45,7
	Sim	63	54,3
Estado civil	Com companheiro	93	80,2
	Sem companheiro	23	19,8
Escolaridade	Até 12 anos de estudo	108	93,1
	Mais de 12 anos de estudo	8	6,9
Renda familiar	Até dois salários mínimos	105	90,5
	Mais de dois salários mínimos	11	9,5
Primigesta	Não	59	50,9
	Sim	57	49,1

A população de estudo, em sua maioria, eram mães com idade média de 25 anos, cor parda, que trabalhavam, com menos de 12 anos estudados, moravam com o companheiro, baixa renda familiar, e não estavam na primeira gestação (tabela 1).

Na tabela 2, mostra a distribuição numérica e percentual dos escores das respostas do OHIP-14 da população estudada. Os escores mais altos concentram-se na segunda dimensão do questionário que é a dor física. A média do escore do OHIP-14 para a população foi de 5,11, com mediana 0,92, desvio padrão 7,4, sendo que 39,7 (n=46) gestantes não apresentaram nenhum impacto (OHIP=0 – tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos escores do OHIP-14 aplicado em gestantes, de acordo com os 7 domínios, São Paulo - Brasil, 2013.

OHIP-14		0 Nunca		1 Raramente		2 Às vezes		3 Repetidamente		4 Sempre		
Questões: Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Domínios	Limitação funcional	1) Você teve problemas para falar alguma palavra?	103	88,8	1	0,9	2	1,7	2	1,7	8	6,9
		2) Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	93	80,2	3	2,6	6	5,2	1	0,8	13	11,2
	Dor física	3) Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	55	47,4	5	4,3	19	16,4	9	7,8	28	24,1
		4) Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?	72	62,1	1	0,9	10	8,6	2	1,7	31	26,7
	Desconforto psicológico	5) Você ficou preocupado(a)?	92	79,3	0	0	7	6,1	2	1,7	15	12,9
		6) Você se sentiu nervoso(a)?	83	71,6	2	1,7	7	6,1	7	6,1	17	14,5
	Incapacidade física	7) Sua alimentação ficou prejudicada?	86	74,2	4	3,5	5	4,3	4	3,5	17	14,5
		8) Você teve que parar suas refeições?	88	75,9	1	0,9	6	5,2	3	2,6	18	15,4
	Incapacidade psicológica	9) Você encontrou dificuldade para descansar?	86	74,2	4	3,5	5	4,3	4	3,5	17	14,5
		10) Você ficou com vergonha?	88	75,9	1	0,9	6	5,2	3	2,6	18	15,4
	Incapacidade Social	11) Você ficou aborrecido(a) com as pessoas?	84	72,4	3	2,6	6	5,2	2	1,7	21	18,1
		12) Você teve dificuldade para fazer suas tarefas diárias?	92	79,3	1	0,9	6	5,2	1	0,9	16	13,7
	Deficiência na realização das atividades diárias	13) Você sentiu que sua vida piorou?	96	82,8	0	0	3	2,6	2	1,7	15	12,9
		14) Você não conseguiu fazer suas tarefas diárias?	111	95,7	0	0	3	2,6	0	0	2	1,7

As condições de saúde bucal das gestantes podem ser consideradas insatisfatórias (tabela 3 e 4). A maioria das gestantes apresentou índice CPO (dentes cariados, perdidos e obturados) alto e muito alto (89,2%). O CPO médio da população

foi de 12,1 ($\pm 5,8$). A maioria necessitava de algum tipo de prótese (56,0%), tinha algum tipo de alteração gengival (91,9%), com presença de dente cariado (68,9%), sem alteração de tecido mole (81,0%), com necessidade de tratamento (66,4%), mas que não era de alto impacto.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das gestantes de acordo com as seguintes variáveis: escore do OHIP-14, CPO, CPI e PIP, São Paulo-Brasil, 2013.

OHIP Total	n	%
0	46	39,7
1 a 5	32	27,6
6 a 10	13	11,2
11 a 15	6	5,2
16 a 20	12	10,3
Mais de 20	7	6,0
TOTAL	116	100,0
CPO	n	%
Muito baixo (0,0 a 1,1)	2	1,8
Baixo (1,2 a 2,6)	1	0,9
Moderado (2,7 a 4,4)	9	8,1
Alto (4,5 a 6,5)	14	12,6
Muito alto (6,6 e mais)	85	76,6
Total	111	100,0
CPI	n	%
Hígido	9	8,1
Presença de sangramento	13	11,7
Presença de Cálculo	65	58,6
Presença de bolsa de 4 a 5 mm	19	17,1
Presença de bolsa de 6mm ou mais	5	4,5
Total	111	100,0
PIP	n	%
Sem informação	1	0,9
Perda de inserção de 0 a 3mm	82	73,9
Perda de inserção de 4 a 5mm	22	19,8
Perda de inserção de 6 a 8mm	5	4,5
Perda de inserção de 9 a 11mm	1	0,9
Total	111	100,0

A tabela 4 mostra a associação do Impacto de saúde bucal na qualidade de vida e as variáveis clínicas. Foi estatisticamente significativa a relação entre o maior impacto com necessidade de prótese, de tratamento, presença de tecido cariado e falta de dente na boca.

Tabela 4 – Escores do Impacto de saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) com as variáveis clínicas bucais, São Paulo-Brasil, 2013.

Variáveis	Escore OHIP-14			Valor p bilateral (Mann-Whitney)
	Média	Mediana		
Necessidade de Prótese	Não (n=46)	2,21	0,00	<0,01*
	Sim (n=65)	7,33	2,22	
Valor CPO	Muito baixo, baixo e Moderado (n=12)	0,95	0,00	0,05
	Alto e muito alto n=99	5,72	1,6	
Doença Gengival	Saudável (n=6)	2,61	0,40	0,51
	Algum tipo de alteração (n=105) (sangramento, tártaro, periodondite)	5,35	1,02	
Presença de dente cariado	Não (n=31)	2,08	0,00	<0,01*
	Sim (n=80)	6,58	2,08	
Presença de alteração de tecido mole	Não (n=94)	5,35	1,02	0,71
	Sim (n=17)	4,42	0,43	
Necessidade de tratamento	Não (n=34)	2,34	0,00	<0,01*
	Sim (n=77)	6,47	2,16	
Falta de dente na boca	Não (n=41)	2,33	0,00	<0,01*
	Sim (n=70)	6,88	2,19	

A análise de correlação de Spearman foi realizada para investigar a relação entre os indicadores clínicos de saúde periodontal, índice de dentes cariados, perdidos e obturados, idade e número de gravidez e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre as gestantes (Tabela 5). Os resultados mostraram que houve uma correlação estatisticamente significativa entre a pontuação do CPO com todos os domínios do questionário (exceto a deficiência na realização das atividades diárias) e com o maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida ($p < 0,01$). Além disso, a idade ($p = 0,04$) e o número de gravidez ($p = 0,03$) foram significativamente correlacionados com o maior impacto.

Tabela 5 - Correlação* entre as variáveis e domínios e valor total do impacto da saúde bucal na qualidade de vida – São Paulo-Brasil, 2013.

Variáveis	Limitação funcional		Dor física		Desconforto psicológico		Incapacidade física		Incapacidade psicológica		Incapacidade Social		Deficiência na realização das atividades diárias		Total OHIP	
	P		P		P		P		P		P		P		P	
Idade	0,13	0,15	0,17	0,06	0,17	0,07	0,13	0,16	0,11	0,25	0,01	0,87	0,09	0,31	0,18	0,04*
Número de Gravidez	0,02	0,80	0,26	<0,01	0,02	0,80	0,12	0,19	0,13	0,14	0,08	0,38	0,12	0,16	0,19	0,03*
CPO	0,19	0,04*	0,24	<0,01	0,32	<0,01	0,26	<0,01	0,27	p<0,01	0,18	0,04*	0,17	0,06	0,33	<0,01
CPI	0,16	0,08	0,11	0,22	0,08	0,39	0,09	0,35	0,10	0,28	0,07	0,44	0,07	0,41	0,12	0,19
PIP	-0,04	0,68	-0,04	0,69	0,10	0,29	-0,03	0,77	0,04	0,68	-0,01	0,85	-0,09	0,33	0,02	0,78

*Análise de Correlação de Spearman

2.5 Discussão

Alguns estudos foram realizados para avaliar o impacto de saúde bucal na qualidade de vida das gestantes[1,4,9], entretanto muitos deles ficaram limitados em explorar apenas o impacto de alguns fatores, como exemplo a dor, relatando apenas a autopercepção da gestante e não explorando sua condição de saúde bucal. Assim sendo, neste estudo foram incluídas outras variáveis, com a finalidade de avaliar de maneira mais completa a relação entre a percepção do impacto de saúde bucal na qualidade de vida e a condição da saúde bucal de gestantes observada em exame clínico.

O principal achado deste estudo foi verificar que as condições de saúde bucal da gestante interferiram na qualidade de vida e mães, com piores condições de saúde bucal, tiveram maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

O método de avaliação do estado de saúde bucal mais comumente empregado restringe-se à avaliação clínica dos profissionais. É dada pouca ou nenhuma atenção a fatores importantes, como medidas de qualidade de vida, especialmente a análise de como a condição bucal afeta a vida diária das pessoas. Baseando-se na atenção integral à saúde, buscou-se, nos indicadores subjetivos em saúde bucal, uma alternativa para melhor compreender a necessidade, uma vez que conseguem capturar as necessidades relatadas pelos indivíduos[1].

O questionário OHIP foi de fácil aplicação; entretanto, devido à baixa escolaridade das gestantes, o questionário não foi autoadministrado. Os entrevistadores apenas liam as alternativas sem fornecer nenhuma explicação, para melhor entendimento das gestantes, método utilizado também por Oliveira e Nadanovsky[12].

Há uma crescente aceitação do fato de que os distúrbios bucais também podem ter um impacto significativo sobre o bem-estar físico, social e mental durante a

gravidez. Os resultados deste estudo mostraram que o impacto da saúde bucal na qualidade de vida refletido pelos escores do OHIP-14 foi significativamente maior entre aqueles que tiveram pior situação clínica encontrada, dados que corroboram com os de Acharya et al.[4] e Acharya e Bath[11].

O aumento da idade, a paridade múltipla, o índice de dentes cariados, perdidos e obturados, presença de dentes cariados, necessidade de tratamento e de prótese, bem como a falta de dentes na boca foram associados com pior impacto da saúde bucal na qualidade de vida para as gestantes. Essas associações estão de acordo com os achados de Acharya et al.[4].

Mulheres multíparas tiveram escores mais elevados do impacto de saúde bucal do que as primigestas, sugerindo que o número de gestações pode ser um importante preditor para este impacto. Isto pode ser explicado porque durante a gestação, a mulher pode ter risco aumentado de doenças bucais, em função de modificações de hábitos como: maior ingestão de alimentos açucarados, menor número de escovações devido aumento de náuseas e vômitos e mudanças hormonais da gestação que aumentam a resposta a inflamação[8]. Achados semelhantes foram observados em estudo realizado com gestantes e não gestantes que mostrou que o número de gravidez influenciou na percepção da saúde bucal na qualidade de vida[11].

Este estudo também mostrou que fatores como cárie e doença periodontal foram importantes preditores do impacto de saúde bucal na qualidade de vida. O índice CPO esteve associado com as dimensões de dor física, incapacidade psicológica e incapacidade social. Isto sugere que a presença de cárie e falta de dente pode causar a dor de dente, envergonha a paciente pelo estado de sua saúde bucal, e faz com que ela diminua as relações pessoais devido a este constrangimento, diminuindo a convivência com parentes, amigos e conhecidos em função de sua condição bucal[21].

Não houve correlação neste estudo entre periodontite grave e a maior pontuação do OHIP como apontado na literatura[22], provavelmente porque em nosso estudo houve poucos casos (21.6%) de periodontite com perda de inserção grave.

As gestantes são consideradas pacientes especiais por serem um grupo de risco para doenças bucais e também pelo fato de apresentarem alterações físicas, biológicas e hormonais que acabam por criar condições adversas no meio bucal e na sua saúde geral. Melhorar a qualidade de vida da mulher, nesta fase, é necessário, encaixando uma forma de verificar sua necessidade e reeducar a gestante para que ela seja capaz de reestruturar seu modo de agir com seu corpo e em consequência proporcionar mais saúde a ele[8]. A gestante é considerada peça fundamental no núcleo familiar, ela é responsável pela saúde bucal dos seus filhos. Estudo mostra que quanto pior é a saúde bucal das mães, pior é a dos filhos[23].

A definição de necessidades de tratamento odontológico de uma população específica é um passo essencial no planejamento de políticas de saúde. No entanto, os indicadores clínicos de saúde bucal, como os dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPO), a necessidade de prótese ou necessidade de tratamento odontológico, não indicam claramente as condições subjetivas dos indivíduos no que diz respeito a alguns elementos da saúde bucal, tais como problemas de mastigação, limitações estéticas e presença de dor. Assim a utilização de indicadores subjetivos, como a aplicação do questionário OHIP-14, complementa as informações clínicas e permite conhecer a percepção do indivíduo a respeito de sua condição bucal e sua necessidade percebida de tratamento, ajudando a formular programas e serviços de saúde eficientes para melhorar a qualidade de vida da população e servindo de guia para o estabelecimento de prioridades e um indicador de efetividade das intervenções[1].

Novos estudos devem ser realizados para possibilitar análise detalhada de fatores relacionados ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida, com outros desenhos metodológicos.

2.6 Conclusão

As piores condições clínicas odontológicas estiveram associadas com o maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes.

2.7 Referências

1. Miotto, M. M. B., Barcellos, L. A. & Velten, D. B. (2012). Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2), 397-405.
2. Jensen, P. M., Saunders, R. L., Thierer, T. & Friedman, B. (2008). Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (4), 711–717.
3. Oliveira, B. H., Nadanovsky, P. (2006). The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofac Pain*, 20(4):297-305.
4. Acharya, S., Bhat, P. & Acharya, S. (2009). Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *International Journal of Dental Hygiene*, 7(2), 102–107.
5. Gerritsen, A. E., Allen, P.F., Witter, D.J., Bronkhorst E.M. & Creugers N. H. J. (2010). Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 126.
6. Leão, A. & Sheiham, A. (1996). The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dental Health*, 13(1), 22-26.
7. Sheiham, A. & Tsakos, G. (2008). Avaliando necessidades através de abordagem sócio-odontológica. In: Pinto VG, (Org.), *Saúde bucal coletiva*. (PP. 287-316). São Paulo: Ed. Santos.
8. Moimaz, S. A. S., Rocha, N. B., Saliba, O. & Garbin, C. A. S. (2007). O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 19(1), 39-45.
9. Wandera, M. N., Engebretsen, I.M., Rwenyonyi, C.M., Tumwine, J. & Astrøm, A. N. (2009). Periodontal status, tooth loss and selfreported periodontal problems effects on oral impacts on daily performances, OIDP, in pregnant women in Uganda: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7,89.

10. Sanders, A. E., Slade, G. D., Lim, S. & Reisine, S. T. (2009). Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37(2), 171-181.
11. Acharya, S. & Bhat, P. V. (2009). Oral-Health-Related Quality of Life during Pregnancy. *Journal of Public Health Dentistry*, 69 (2): 74–77.
12. Oliveira, B. H. & Nadanovsky, P. (2005), Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33 (4), 307–314.
13. Slade, G. D. & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dental Health*, 11(1), 3-11.
14. Kuo, H. C., Chen, J. H., Wu J. H., Chou, T. M. & Yang, Y. H. (2011). Application of the Oral Health Impact Profile (OHIP) among Taiwanese elderly. *Quality of Life Reserach*, 20(10), 1707–1713.
15. Ministério da Saúde. (2001). Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde.
16. Cohen-Carneiro, F., Rebelo, M. A. B., Souza-Santos, R., Ambrosano, G. M. B., Salino, A. V. & Pontes, D. G.. (2010). Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 1122-1130.
17. Lamarca, G. A., Leal, M. C., Leao, A. T. T, Sheiham, A. & Vettore, M. V. (2012). Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and workbased networks. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 5.
18. Drumond-Santana, T., Costa, F. O., Zenóbio, E. G., Soares, R. V. & Santana, T. D. (2007). Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 637-644.

19. Center for Disease Control and Prevention. Program Epi Info™ Version 7.0
<http://www.cdc.gov/epiinfo/> Acessado 11 novembro 2011.
20. Ayres, M., Ayres Jr., M., Ayres, D. L. & Santos, A. S. (2004) BioEstat 5.0.
[Internet]. 2004. Disponível em:
<http://www.mamiraua.org.br/download/index.php?dirpath=./BioEstat%205%20Portugues&order=0>. Acessado em 10 Outubro 2011.
21. Hassel, A. J., Rolko, C., Leisen, J., Schmitter, M., Rexroth, W. & Leckel, M. (2007). Oral health-related quality of life and somatization in the elderly. *Quality of Life Research*, 16(2), 253-261.
22. Habaneshneh, R. A., Khader, Y. S. & Salameh, S. (2012). Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *Journal of Oral Science*, 54(1), 113-120.
23. Shearer, D. M., Thomson, W. M., Broadbent, J. M. & Poulton, R. (2011). Does maternal oral health predict child oral health-related quality of life in adulthood? *Health and Quality of Life Outcomes* , 9:50.

***RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE
BUCAL, CONDIÇÕES CLÍNICAS E FATORES
SÓCIOCOMPORTAMENTAIS DO BINÔMIO
MÃE-FILHO***

3.1 Resumo

Objetivou-se verificar a percepção da mãe sobre sua saúde bucal e de seu filho, bem como analisar sua associação com fatores socio comportamentais. Foi realizado estudo com 73 pares de mães-filhos, por meio de entrevistas, utilizando-se questionário semiestruturado e realizado exame clínico. As variáveis clínicas estudadas foram: índice de cárie e afecções gengivais e variáveis não clínicas: fatores socio comportamentais, autopercepção e hábitos. Foram empregadas análises bivariadas, regressão logística e Odds Ratio ($p \leq 0.05$ e IC 95%). A maioria das mães considerava sua saúde bucal como ruim (57,5%) e de seus filhos boa (68,5%). Na análise multivariada, medidas de autopercepção sobre saúde bucal estiveram associadas significativamente com presença de cárie na mãe ($p < 0,01$), e percepção sobre saúde bucal do filho foi relacionada com presença de cárie ($p < 0,01$) e situação conjugal (0,05). Os fatores clínicos e sociocomportamentais estiveram associados às medidas de percepção em saúde bucal.

Palavras-chave: Percepção, Qualidade de vida, Saúde bucal, Relação mãe-filho, Fatores de risco.

3.2 Introdução

O estado de saúde bucal de uma pessoa afeta todo o seu estado geral de saúde. A pessoa é capaz de perceber sua situação bucal e, por isso, é essencial entender como isso acontece, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e a importância que o paciente dá à sua saúde bucal¹. A procura pelo atendimento odontológico se dá pela percepção em saúde e não pela necessidade de tratamento odontológico.

É importante analisar que, além dos dados quantitativos da doença (clínicos), também é necessário analisar os dados qualitativos. É preciso conhecer não só sua condição clínica, mas, sobretudo, o modo como o indivíduo se conhece. A versão clínica leva apenas em questão a opinião do profissional e ignora a percepção do indivíduo. Atualmente isso vem sendo modificado, com emprego de medidas que avaliam a mudança no estado de saúde do indivíduo, tais como sua autopercepção. Estes dados são importantes, pois torna possível verificar a necessidade de mudança de comportamentos. Quando o paciente está motivado e tem consciência de sua própria condição, há um interesse de cuidar de sua saúde e melhorar sua qualidade de vida².

A autopercepção é subjetiva, combinando componentes físicos, emocionais, de bem-estar e sendo influenciada por comportamentos relacionados aos cuidados de saúde³. Ela está relacionada com fatores clínicos, tais como falta de dentes ou dentes cariados, e com fatores subjetivos, como sintomas de doenças ou o sentimento de sorrir, falar ou mastigar⁴. Os fatores clínicos são difíceis de serem interpretados no planejamento e avaliação de programas de saúde pública, pois leva em conta somente a opinião do profissional, não priorizando grupos que realmente necessitam². Por isso, é importante compreender a relação entre autopercepção da saúde bucal e o impacto que este pode ter sobre a qualidade de vida.

Os dados de autopercepção servem para complementar os indicadores clínicos usados rotineiramente pelo cirurgião-dentista e são tentativas de obter uma maneira que facilite a coleta de dados, tanto individualmente quanto socialmente^{1,3}.

A percepção dos indivíduos sobre sua saúde bucal pode estar relacionada com as condições clínicas e também com condições socioeconômicas e comportamentais, tais como: índice de cárie, renda familiar, nível educacional e até mesmo, visitas ao cirurgião-dentista^{5,6}.

Por isso o objetivo neste estudo foi verificar a associação da percepção da mãe sobre sua saúde bucal e a de seu filho, bem como a associação desta com fatores clínicos e fatores sociocomportamentais.

3.3 Metodologia

Um estudo transversal foi realizado com sujeitos de pesquisa do estudo longitudinal de nascimentos iniciado em 2007 da região noroeste do Estado de São Paulo - Brasil, que teve por objetivo de analisar a saúde do binômio mãe-filho da gestação até os quatro anos de idade completos da criança.

Para a seleção da amostra foram adotadas como critérios de inclusão as gestantes cadastradas no serviço público de saúde (Unidades Básicas de Saúde), no período de agosto a outubro de 2007 e gestantes que estavam no último trimestre da gravidez. Foram excluídas do estudo as que se recusassem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, as que não estavam no seu último trimestre de gravidez e as que mudaram o seu endereço e não foram encontradas em seu domicílio durante quatro anos de acompanhamento. A amostra total foi de 73 pares de mães e filhos.

Foi realizado um estudo piloto para calibração dos pesquisadores, do instrumento de coletas de dados e exame clínico da criança e da mãe, com uma equipe de um entrevistador e um anotador. O teste de concordância intraexaminador, teste Kappa foi de 0.91.

Os dados foram coletados com questionário semiestruturado contendo variáveis como: fatores socioeconômicos, comportamentais e autopercepção em saúde bucal. Aos quatro anos completos de idade, as mães foram entrevistadas novamente em seus domicílios com questionário sobre sua percepção sobre a saúde bucal de seu filho.

Foram realizados exames clínicos na mãe e na criança utilizando os critérios de diagnóstico da OMS⁷. Os exames foram feitos utilizando-se espelho bucal plano e a sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador e a pacientes sentados.

As variáveis não clínicas estudadas foram: fatores socioeconômicos e comportamentais – renda familiar (até 2 salários mínimos – R\$1356,00 e de 2 ou mais salários mínimos), escolaridade materna (até 12 anos de estudo – até o ensino médio completo e 12 anos de estudo ou mais), trabalho materno (sim e não), mora com o companheiro (sim e não), primigesta, ou seja, primeira gestação (sim e não) e ida ao dentista da mãe e do filho nos últimos 12 meses (sim e não).

A variável dependente foi registrada pela pergunta: Como você avalia sua saúde bucal / Como você avalia a saúde bucal de seu filho. As respostas foram baseadas na escala Likert de 5 pontos (ruim, péssima, regular, excelente e bom) e posteriormente, dicotomizada em ruim (ruim, péssima e regular) e bom (excelente e bom) da mãe e do filho. Foi também registrada a percepção da mãe sobre a presença de afecções dentais e gengivais em sua boca e em seu filho (sim e não).

As medidas clínicas examinadas foram: índice de ceo (igual a 0 e ≥ 1) e CPO (baixo – até 6.0 e alto - ≥ 6.0), dentes perdidos da mãe (sim e não), afecções gengivais graves na mãe, isto é, perda periodontal (sim e não) e dentes cariados da mãe e do filho (sim e não).

No final de todas as entrevistas, os questionários e fichas clínicas eram revisados pela equipe para posterior digitação nos programas de análise. Os dados foram processados no Programa Epi Info 2000⁸ e analisados no programa Biostat, versão 5.3 de livre distribuição⁹.

A análise estatística inclui a análise descritiva e inferencial, com nível de significância de $p \leq 0.05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%.

As variáveis que apresentavam o valor de $p \leq 0,20$ foram incluídas na análise de regressão logística múltipla. Os resultados foram apresentados usando frequências e Odd Ratio (OR), com IC de 95%.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA/UNESP e o

consentimento livre e esclarecido foi obtido pelo sujeito da pesquisa antes do início das entrevistas e exame clínico.

3.4 Resultados

A idade média das mães ao nascimento da criança era de 25,4 anos ($\pm 5,86$). Na tabela 1 mostra as características maternas. A maioria morava com o companheiro (n= 57 – 78.1%); possuíam baixa escolaridade, isto é, menos de 12 anos de estudo (n=65 – 89%), possuíam mais de um filho (n=44 – 60.3%), com renda familiar menor que 2 salários mínimos (n=65 – 89%), e que não trabalhavam (n=41 – 56.2%).

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das características das mães entrevistadas (n=73) - Araçatuba, 2013.

Características população		n	%
Trabalha	Não	41	56,2
	Sim	32	43,8
Estado conjugal	Com companheiro	57	78,1
	Sem companheiro	16	21,9
Escolaridade	Até 12 anos de estudo	65	89,0
	Mais de 12 anos de estudo	8	11,0
Renda familiar	Até dois salários mínimos	65	89,0
	Mais de dois salários mínimos	8	11,0
Primigesta	Não	44	60,3
	Sim	29	39,7
Idade da mãe ao nascimento	<22 anos	20	27,4
	\geq 22 anos	53	72,6

A maioria das mães avaliou sua saúde bucal (n= 30 - 41,1%) e a de seus filhos (n= 43 - 58,9%) como boa.

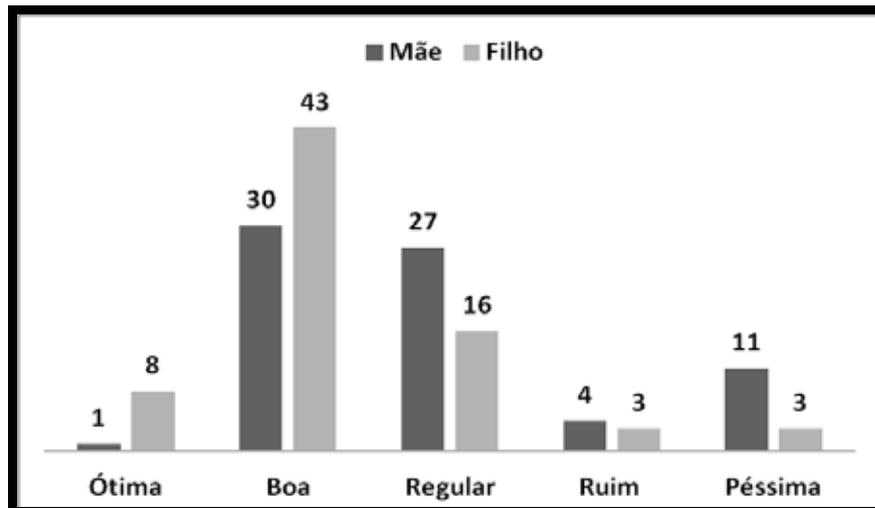


Gráfico 1 – Distribuição numérica da percepção da mãe sobre sua saúde bucal e de seu filho, Araçatuba 2013.

O CPO (Cariados, Perdidos e Obturados) médio das mães foi de 12,07 (\pm 6,10), sendo o elemento obturado (58,2%) o mais prevalente nas gestantes, seguido do elemento cariado (21,2%) e extraído (20,6%). A maioria das mães possuía bolsa periodontal de até 3 mm (75,3% - 55).

Na análise bivariada, a autopercepção de saúde bucal esteve associada à presença de cárie ($p < 0,01$) e à percepção dos problemas dentais na mãe esteve associada com presença de cárie ($p < 0,01$) e ida rotineira ao dentista ($p = 0,02$).

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das mães, segundo variáveis clínicas e não clínicas sobre medidas de autopercepção em saúde bucal - Araçatuba, 2013.

	Autopercepção saúde bucal				Tem afecções dentais?				Tem afecções gengivais?			
	Bom n (%)	Ruim n (%)	p	OR	Não n (%)	Sim n (%)	p	OR	Não n (%)	Sim n (%)	P	OR
			IC (95%)				IC (95%)			IC (95%)		
CPO												
≤ 6	6 (8,2)	6 (8,2)	0,78	1,02	8 (11,0)	4 (5,5)	0,37	2,20	-	-	-	-
>6	25 (34,3)	36 (49,3)	0,29 - 3,61		29 (39,7)	32 (43,8)	0,60 - 8,11		-	-	-	-
Problema grave na gengiva												
Não	24 (32,9)	30 (41,1)	0,75	1,37	-	-	-	-	46 (63,0)	8 (11,0)	0,93	0,67
Sim	7 (9,6)	12 (16,4)	0,46 - 4,02		-	-	-	-	17 (23,3)	2 (2,7)	0,13 - 3,50	
Presença cárie na mãe												
Não	15 (20,5)	5 (6,8)	<0,01	6,94	17 (23,3)	3 (4,1)	<0,01	9,35	-	-	-	-
Sim	16 (21,9)	37 (50,8)	2,15 - 22,34		20 (27,4)	33 (45,2)	2,43 - 35,97		-	-	-	-
Renda familiar												
Até 2 SM	26 (35,6)	39 (53,5)	0,40	0,40	32 (43,8)	33 (45,2)	0,73	0,58	57 (78,1)	8 (11,0)	0,65	2,37
≥ 2 SM	5 (6,8)	3 (4,1)	0,08 - 1,82		5 (6,9)	3 (4,1)	0,12 - 2,36		6 (8,2)	2 (2,7)	0,40 - 13,85	
Escolaridade												
Até 12 anos	25 (34,3)	40 (54,8)	0,11	0,21	31 (42,5)	34 (46,6)	0,27	0,30	55 (75,3)	10 (13,7)	0,51	-
≥ 12 anos	6 (8,2)	2 (2,7)	0,03 - 1,11		6 (8,2)	2 (2,7)	0,05 - 1,62		8 (11,0)	0 (0,0)	-	
Trabalho materno												
Não	16 (21,9)	20 (27,4)	0,92	1,17	18 (24,7)	23 (31,5)	0,28	0,53	36 (49,4)	5 (6,8)	0,93	1,33
Sim	15 (20,5)	22 (30,2)	0,46 - 2,97		19 (26,0)	13 (17,8)	0,21 - 1,36		27 (37,0)	5 (6,8)	0,35 - 5,07	
Primigesta												
Não	16 (21,9)	28 (38,4)	0,29	0,53	20 (27,4)	24 (32,9)	0,39	0,59	36 (49,3)	8 (11,0)	0,30	0,33
Sim	15 (20,5)	14 (19,2)	0,20 - 1,38		17 (23,3)	12 (16,4)	0,22 - 1,51		27 (37,0)	2 (2,7)	0,06 - 1,69	
Mora com o companheiro												
Não	24 (32,9)	33 (45,2)	0,87	0,93	27 (37,0)	30 (41,1)	0,43	0,54	49 (67,1)	8 (11,0)	0,79	0,87
Sim	7 (9,6)	9 (12,3)	0,30 - 2,86		10 (13,7)	6 (8,2)	0,17 - 1,68		14 (19,2)	2 (2,7)	0,16 - 4,59	
Ida rotineira ao dentista												
Não	18 (24,7)	33 (45,2)	0,10	0,38	21 (28,8)	30 (41,1)	0,02*	0,26	42 (57,5)	9 (12,3)	0,26	0,22
Sim	13 (17,8)	9 (12,3)	0,13 - 1,05		16 (21,9)	6 (8,2)	0,08 - 0,78		21 (28,8)	1 (1,4)	0,02 - 1,87	
Dentes perdidos												
Não	12 (16,4)	14 (19,2)	0,68	1,38	12 (16,4)	14 (19,2)	0,74	0,75	-	-	-	-
Sim	18 (24,7)	29 (39,7)	0,52 - 3,64		25 (34,3)	22 (30,1)	0,28 - 1,97		-	-	-	-

O ceo (cariados, extraídos e obturados) médio de seus filhos foi de 1,79 (\pm 2,88), sendo o elemento cariado (81,5%) o mais prevalente, seguido do elemento obturado (16,7%) e extraído (1,7%).

Nenhuma mãe percebeu problemas na gengiva de seu filho, entretanto quase 25% da população confirmaram problemas na saúde bucal de seus filhos. A percepção da mãe sobre a saúde bucal do filho e presença de afecções dentais esteve associada com o maior índice ceo ($p=0,01$ e $p<0,01$ respectivamente) e presença de cárie nos filhos ($p= 0,05$ e $p<0,01$ respectivamente). A percepção da saúde bucal dos filhos esteve relacionada com as mães primigestas, ou seja, que estavam na primeira gestação (0,01).

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das crianças, segundo as variáveis clínicas de saúde bucal e não clínicas com medidas de percepção da mãe sobre a saúde bucal do filho - Araçatuba, 2013.

Variáveis	Percepção da saúde bucal do filho				Tem afecções dentais			
	Bom n (%)	Ruim n (%)	P IC 95%	OR	Não n (%)	Sim n (%)	p	OR IC 95%
Ceo								
0	32 (43,8)	7 (9,6)	0,01*	4,06	37 (50,7)	2 (2,7)	<0,01	16,44
≥1	18 (24,7)	16 (21,9)		1,41 – 11,72	18 (24,7)	16 (21,9)		3,40 – 79,37
Presença de cárie								
Não	39 (53,4)	12 (16,4)	0,05*	3,25	44 (60,2)	7 (9,6)	<0,01	6,28
Sim	11 (15,1)	11 (15,1)		1,12 – 9,35	11 (15,1)	11 (15,1)		1,98 – 19,56
Renda familiar								
Até 2 SM	45 (61,7)	20 (27,4)	0,98	1,35	49 (67,2)	16 (21,9)	0,68	1,02
≥ 2 SM	5 (6,8)	3 (4,1)		0,29 – 6,20	6 (8,2)	2 (2,7)		0,19 – 5,57
Escolaridade								
Até 12 anos	44 (60,3)	21 (28,8)	0,99	0,69	50 (68,6)	15 (20,5)	0,64	2,00
≥12 anos	6 (8,2)	2 (2,7)		0,13 – 3,76	5 (6,8)	3 (4,1)		0,42 – 9,36
Trabalho materno								
Não	29 (39,8)	12 (16,4)	0,11	2,41	33 (45,2)	8 (11,0)	0,37	1,87
Sim	16 (21,9)	16 (21,9)		0,92 – 6,35	22 (30,1)	10 (13,7)		0,64 – 5,49
Primigesta								
Não	31 (42,4)	13 (17,8)	0,01*	3,90	33 (45,2)	11 (15,1)	0,84	0,95
Sim	11 (15,1)	18 (24,7)		1,44 – 10,51	22 (30,1)	7 (9,6)		0,32 – 2,84
Mora com o companheiro								
Não	42 (57,5)	15 (20,5)	0,13	2,80	44 (60,3)	13 (17,8)	0,71	1,54
Sim	8 (11,0)	8 (11,0)		0,89 – 8,78	11 (15,1)	5 (6,8)		0,45 – 5,24
Ida ao dentista								
Não	43 (58,9)	20 (27,4)	0,79	0,92	47 (64,4)	16 (21,9)	0,97	0,73
Sim	7 (9,6)	3 (4,1)		0,21 – 3,93	8 (11,0)	2 (2,7)		0,14 – 3,82

A tabela 4 mostra as associações na análise multivariada com as associações com medidas de percepção.

Tabela 4 – Análise de regressão logística múltipla entre variáveis e percepções de saúde bucal de mães e filhos - Araçatuba, 2013.

	Variáveis	p	Coeficiente	Erro padrão	OR	IC (95%)
Autopercepção em saúde bucal	Presença de cárie	p<0,01	1,77	0,62	5,88	1,75 – 19,79
	Ida ao dentista	0,14	0,84	0,58	2,32	0,75 – 7,18
	Escolaridade	0,30	0,98	0,95	2,65	0,41 – 17,21
Autopercepção sobre afecções dentais	Presença de cárie	p<0,01	2,22	0,71	9,21	2,31 – 36,74
	Ida ao dentista	0,02*	1,31	0,60	3,73	1,14 – 12,15
Percepção sobre a saúde bucal do filho	Presença de cárie	0,50	-0,69	0,21	0,49	0,06 – 3,90
	Ceo	0,01*	0,53	0,21	1,70	1,13 – 2,58
	Primigesta	0,95	-0,03	0,63	0,96	0,28 – 3,30
	Trabalho da mãe	0,41	0,51	0,64	1,67	0,48 – 5,91
	Mora com o companheiro	0,05*	1,43	0,74	4,20	0,98 – 17,98
Percepção de afecções dentais do filho	Ceo	0,03*	0,37	0,18	1,45	1,02 – 2,05
	Cárie filho	0,76	0,28	0,93	1,32	0,21 – 8,23

Discussão

Os resultados do presente estudo revelaram que as mães que apresentaram piores condições bucais perceberam estas condições, e também perceberam a pior situação de saúde bucal dos filhos. Além disso, o fator comportamental, como ida rotineira ao cirurgião-dentista, e social, como a situação conjugal, esteve associada às medidas de percepção sobre saúde bucal.

Os dados de autopercepção são importantes para conhecer as necessidades do indivíduo e para priorizar atendimentos a grupos de risco, mas os estudos internacionais ainda são escassos em relação à percepção de mães sobre sua própria saúde e a de seu filho ^{2,10}.

A autopercepção pode estar relacionada com os fatores socioeconômicos e comportamentais, tais como renda, escolaridade, trabalho materno e visitas regulares ao cirurgião-dentista ^{5,6}.

Neste estudo não houve associação de medidas de percepção sobre a saúde bucal com fatores socioeconômicos, isso pode ser explicado pela homogeneidade desta população, ou seja, a maioria morava com o companheiro, tinha baixa renda e baixa escolaridade. Willians et al.¹¹ mostraram que uma baixa escolaridade significa que os pais têm menor chance de um maior conhecimento odontológico e de ter atitudes positivas em relação à sua saúde bucal e de seu filho. Piovesan et al.⁶ relataram que os gradientes socioeconômicos e fatores psicossociais são importantes preditores para a utilização do serviço odontológico.

O fator comportamental, ida rotineira ao cirurgião- dentista, esteve associado com a medida de percepção sobre afecções nos dentes ($p=0,02$), como fator protetor ($OR=0,26$), isso significa, semelhante ao estudo de Andrade et al.³, que quanto maior a percepção sobre saúde bucal, maior a frequência de visitas ao dentista. A falta de rotina nas visitas ao cirurgião-dentista aumenta as chances do indivíduo perceber uma pior saúde bucal¹², como foi verificado neste estudo.

As mães de primeira viagem, ou seja, primigestas, tendem a se preocupar mais em relação à saúde de seus filhos, como verificado em nosso estudo na análise bivariada ($p=0,01$).

As mães perceberam afecções gengivais (16,4%) e dentais (49,3%) em sua boca. O exame clínico bucal indicou que a maioria das mães apresentavam problemas periodontais com bolsa periodontal até 3 mm (75,3%), sendo que elas perceberam este problema. Estes dados corroboram com os estudos de Azodo e Oiehanon¹³ e Javed et al.¹⁴ e, os quais relataram que os pacientes que tiveram maior autopercepção de sua saúde gengival foram os que realmente tinham mais afecções gengivais.

As doenças periodontais são infecções silenciosas que têm períodos de exacerbação e tranquilidade que muitas vezes não são diagnosticados até que danos irreparáveis ocorram nos dentes ou estruturas bucais¹⁵. Em outro estudo, ao contrário dos resultados deste, foi percebido que o sangramento gengival não foi um indicador de doença inflamatória para os pacientes, dificultando a procura do paciente por atendimento profissional¹⁶.

Os indicadores subjetivos não devem ser usados para diagnosticar doenças no lugar do exame clínico, o qual fornece sinais objetivos das doenças, mas devem ser usados como um instrumento de avaliação, para complementar as informações clínicas e possibilitando identificar pessoas ou populações de risco que necessitam de ações curativas, preventivas ou educativas¹.

A percepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, as respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais^{1,17}. Neste estudo a maioria das mães percebeu sua saúde bucal com ruim (57,5%) e boa (42,5%), já em relação ao filho, a maioria (68,5%) declarou como boa. Nenhuma mãe percebeu afecções gengivais nos filhos, mas 24,7% das mães perceberam afecções em seus dentes.

É frequente, em anamnese no atendimento odontológico ou em pesquisa tipo inquérito, a diferença entre o relato dos sujeitos e a condição de saúde bucal observada pelo profissional. Isto sugere que as medidas clínicas de saúde utilizada pelo cirurgião-dentista são preditores relativamente fracos da percepção de saúde bucal das pessoas ou que muitas doenças detectadas ao exame são assintomáticas e provavelmente desconhecidas pelo indivíduo¹.

As mães que apresentaram piores estados de saúde bucal perceberam esta condição na avaliação de autopercepção ($p < 0,01$), estes dados corroboram o estudo de Martins et al.¹⁸.

Os filhos que tiveram piores condições de saúde bucal no exame clínico foram relatados na percepção das mães ($p < 0,01$). Alguns estudos, realizados com idosos, não foram observadas a associação entre a variável clínica e as medidas de autopercepção, fato que pode ser explicado pela população estudada, que devido ao avanço da idade, tem percepções diferentes^{19,20}. Houve associação estaticamente significativa entre a autopercepção da mãe sobre a presença de cárie em seus dentes ($p < 0,01$), bem como percepção da mãe sobre a saúde bucal de seu filho e a condição bucal deste ($p < 0,01$).

A mãe é o núcleo da família. Ela é referência na transmissão de hábitos, costumes e práticas de saúde^{21,22}. É de extrema importância incluir os dados da mãe no tratamento da criança, uma vez que ela é referência para o filho em questões de saúde¹⁶. A percepção materna desfavorável em relação à saúde bucal do filho deve ser considerada como indicador de risco, pois ela percebe riscos reais quando estes o apresentam²³.

Estes achados podem ser úteis na identificação de mães e crianças com maior necessidade de atendimento, como também evidencição de problemas na autoestima, aspecto fundamental a ser abordado nas estratégias de promoção de saúde.

A aplicação de questionários de autopercepção e a verificação das condições socioeconômicas são facilmente empregadas e permite o planejamento e implementação de serviços odontológicos^{10,24}, bem como avaliar os pacientes de risco.

A limitação do estudo foi o tamanho da amostra, isso pode se explicar porque o estudo foi extraído das mães acompanhadas por um estudo longitudinal maior. A execução de um estudo longitudinal é difícil e com custos elevados, fora que as mães estudadas frequentemente mudavam de endereço e algumas foram perdidas durante o prosseguimento do estudo. É necessária a realização de estudos com uma população maior e mais heterogênea para verificar relação das variáveis com renda e escolaridade.

3.6 Conclusões

A percepção de saúde bucal das mães esteve associada às condições clínicas observadas. A presença de cárie dentária na criança foi percebida pela mãe. Fatores sociais e comportamentais estiveram associados às medidas de percepção.

3.7 Referências

1. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos. Rev Saúde Pública 2001; 35: 349-55.
2. Jeremias F, Silva SRC, Valsecki Junior A, Taglaferro EPS, Rosell FL. Autopercepção e condições de saúde bucal em gestantes. Odontol Clín-Cient 2010; 9: 359-363.
3. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, Duarte YAO, Teixeira DSC. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. Cad. Saúde Pública 2012; 28: 1965-75.
4. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol 1980; 14A:597-605.
5. Pattussi MP, Olinto MT, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35:377-86.
6. Piovesan C, Antunes JLF, Guedes RS, Ardenghi TM. Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren. Braz Oral Res 2011; 25: 143-9.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Center for Disease Control and Prevention. Program Epi Info™ Version 7.0. Citado 2011 Nov 11]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>
9. Ayres M, Ayres M Jr, Ayres DL, Santos AS. Programa BioEstat 5.0. [Citado 10 Out 2011]. Disponível em:

<http://www.mamiraua.org.br/download/index.php?dirpath=./BioEstat%205%20Portugues&order=0>.

10. Mendonça HLC, Szwarcwald CL, Damacena GN. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde - Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. *Cad Saúde Pública* 2012, 28: 1927-38.
11. Williams NJ, Whittle JG, Gatrell AC. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. *Br Dent J* 2002; 193: 651-4.
12. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL., Lopes CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: the Pró-Saúde Study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 393–400.
13. Azodo CC, Ojehanon PI. Does any relationship exist between self-reported gingival bleeding, oral health perception, practices and correlates? *Niger Med J* 2012; 53:161-5.
14. Javed F, Al-askar M, Al-Rasheed A, Babay N, Gallindo-Moreno P, Al-Hezaimi K. Comparison of self-perceived oral health, periodontal inflammatory conditions and socioeconomic status in individual with and without prediabetes. *Am J Med Sci* 2012; 344: 100-4.
15. Hashim R. Self-reported oral health, oral hygiene habits and dental service utilization among pregnant women in United Arab Emirates. *Int J Dent Hyg* 2012; 10: 142–6.
16. Keirse MJ, Plutzer K. Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J Perinat Med* 2010; 38:3-8.

17. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(5): 1063-1072.
18. Martins AM, Barreto SM, Silveira MF, Santa-Rosa TT, Pereira RD. Self-perceived oral health among Brazilian elderly individuals. *Rev Saude Publica* 2010; 44: 912-22.
19. Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28: 1101-10.
20. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 1251-59.
21. Moimaz SAS, Saliba NA, Bino LS, Rocha NB. A ótica do usuário na avaliação do programa de atenção odontológica à gestante. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2008; 9:147-153.
22. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Rev Odontol UNICID* 2007; 19: 39-45.
23. Shearer DM, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Maternal oral health predicts their children's caries experience in adulthood. *J Dent Res.* 2011; 90: 672-67.
24. Lolli LF. Estudo longitudinal de fatores relacionados à cárie dentária e oclusopatias na infância. [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2011.

4. CAPÍTULO 3

DETERMINANTES DA CÁRIE NA INFÂNCIA. UM ESTUDO LONGITUDINAL DA GESTAÇÃO AOS 4 ANOS DE IDADE DA CRIANÇA.

4.1 Resumo

O objetivo neste estudo foi explorar associações entre saúde bucal, características socioeconômicas e comportamentais de gestantes e cárie em seus filhos. Foi realizado um estudo longitudinal com 73 pares de mães e filhos com entrevista e exame clínico bucal na gestação. Observações periódicas foram realizadas até os quatro anos de idade completos da criança, momento em que a criança foi examinada. As variáveis estudadas foram: presença de cárie na mãe e criança, visita ao cirurgião-dentista, hábitos de higiene bucal, dieta, fatores socioeconômicos e comportamentais. Foram conduzidas análises bivariadas e regressão logística ($p < 0,05$ e IC 95%). O índice ceo médio das crianças foi 1,79 ($\pm 6,1$) e CPO médio das mães foi 12,07 ($\pm 2,88$). A presença de cárie foi relacionada com o tempo de aleitamento materno ($p = 0,01$), menor renda familiar ($p = 0,05$) e presença de hábitos deletérios ($p = 0,00$). Na análise multivariada, a presença de cárie no filho esteve associada com hábitos deletérios ($p = 0,04$). Houve polarização da cárie dentária com grupo de crianças com ceo médio de 5 e mães com CPO médio de 13,54, entretanto, não houve associação significativa entre a presença de cáries. Os resultados comprovam que aspectos sociocomportamentais estão relacionados ao desenvolvimento de cárie na infância.

Descritores: Cárie dentária; estudos longitudinais; fatores de risco, crianças.

4.1 Introdução

A cárie dentária ainda é um grave problema de saúde pública bucal na maioria dos países industrializados e em desenvolvimento¹. No Brasil, os dados nacionais sobre cárie dentária em 2010, mostraram que aos cinco anos de idade apenas 46,6% das crianças brasileiras estavam livres de cárie na dentição decídua e aos 12 anos, somente 43,5% apresentam esta condição na dentição permanente². Estes valores indicam que mesmo com os avanços na compreensão da etiologia e natureza da doença, a cárie ainda é considerada umas das mais prevalentes na infância. Ela não deve ser tratada como apenas uma doença que afeta a saúde bucal, mas como uma condição social e comportamental, considerando sua etiologia complexa³.

A cárie precoce na infância é assim considerada quando envolve pelo menos um dente é cariado, perdido ou obturado ($ceo \geq 1$) em crianças com idade inferior a 71 meses⁴.

Modelos conceituais foram descritos para compreensão do desenvolvimento precoce de cárie dentária em crianças⁵. Os fatores predisponentes da doença podem estar associados à criança, à família e à comunidade. Quanto aos fatores relacionados às crianças, além dos aspectos genético e biológico, são destacados o acesso aos cuidados odontológicos; o desenvolvimento; as atitudes físicas, demográficas e comportamentos, bem como práticas de saúde. As influências familiares baseiam-se no estado socioeconômico e demográfico; saúde bucal dos pais; cultura; práticas, comportamentos e habilidades com a saúde; segurança física e função familiar. Em relação à comunidade os fatores são mais amplos, podendo-se destacar: o apoio social; características do acesso aos serviços odontológicos e o de saúde; cultura; ambiente social e físico e o ambiente de saúde bucal da comunidade⁵.

A identificação precoce de fatores intervenientes na saúde bucal de crianças possibilita a realização de cuidados primários na gravidez e na primeira infância, com

o objetivo de evitar a instalação de doenças que prejudiquem o desenvolvimento infantil^{3,6-9}.

Hábitos maternos, incluindo a ingestão de açúcar entre as refeições e dieta cariogênica durante a gestação, podem influenciar na experiência de cárie em seus filhos. Isso ocorre porque estes hábitos inadequados podem continuar durante a primeira infância, com ingestão de alimentos açucarados entre as refeições e mamadeiras ou sucos contendo açúcar³.

Alguns fatores são conhecidos e bastante estudados, com relação ao desenvolvimento de cárie, tais como: escolaridade materna, renda familiar, estado conjugal, idade da mãe ao nascimento, entretanto ainda é limitado o conhecimento da influência do peso da criança ao nascer, idade gestacional, estilo de vida e comportamento da mãe⁶⁻¹⁴.

Neste estudo longitudinal, o objetivo foi explorar associações entre saúde bucal materna, características socioeconômicas e comportamentais na gestação e cárie na infância.

4.3 Metodologia

Foi realizado um estudo longitudinal, prospectivo, com início em 2007 com o acompanhamento de 119 mulheres no último trimestre da gestação. Foram excluídas do estudo as mães que se recusaram a participar da pesquisa (n=13), mães que se recusaram ao exame clínico (n=15) ou que não foram localizadas no endereço cadastrado na primeira entrevista (n=18). A amostra final foi constituída por 73 pares de mãe- bebê aos quatro anos de acompanhamento.

Foi realizada entrevista com as gestantes no início da pesquisa e exame bucal para avaliação da cárie dentária e doença periodontal. As crianças foram acompanhadas após o nascimento e aos quatro anos de idade foram submetidas ao exame bucal .

Uma equipe composta por 01 examinador e 01 anotador foi treinada para garantir a fidedignidade dos dados coletados, com concordância intraexaminador (teste Kappa) de 0,91 ($\pm 0,10$). O instrumento de coleta de dados e o exame clínico foram padronizados e testados em estudo piloto.

Os formulários empregados nas entrevistas incluíram informações sobre a saúde bucal da mãe, hábitos maternos, práticas de higiene bucal, comportamentos do cotidiano, condições socioeconômicas, demográficas e acesso ao serviço odontológico. Os exames bucais para verificação do índice CPO (cariados, perdidos e obturados) foram realizados de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde - OMS,¹⁵ utilizando-se espelho bucal plano e a sonda CPI para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador e paciente sentados.

A higienização da gestante foi classificada como completa quando havia o uso diário de pasta, escova e fio dental. O hábito de fumar e beber foram registrados durante a gravidez (sim ou não) ao questionar se a gestante fazia uso pelo menos uma vez ao dia.

A renda foi categorizada de acordo com o que segue: mães que recebessem até 2 salários mínimos (SM) ou recebessem 2 SM ou mais (salário mínimo R\$ 678,00). De acordo com a idade da mãe ao nascimento da criança, elas foram classificadas em: mães com até os 22 anos e com 22 anos ou mais. Sobre situação conjugal, elas moravam ou não com o companheiro. Em relação à escolaridade, a classificação foi: até 12 anos de estudo e 12 anos ou mais. Foi verificado se a mãe tinha ou não tinha doença sistêmica durante a gestação. Em relação aos hábitos alimentares, foi verificado se a gestante ingeria alimentos ou líquidos com açúcar entre as refeições em sua dieta.

O peso ao nascimento foi dicotomizado em dois grupos: crianças com menos de 2,5Kg ou 2,5Kg ou mais. Os prematuros eram as crianças que nasciam com menos de 37 semanas de idade gestacional.¹⁶

Os hábitos alimentares das crianças foram registrados, sobre o consumo de alimentos açucarados entre as refeições, ingestão de algum líquido (leite, chá, suco etc.) com açúcar na mamadeira e/ou algum líquido com açúcar durante o período noturno na mamadeira.

Após quatro anos de acompanhamento, foi realizada visita domiciliar e registrada a saúde bucal da criança, de acordo com a metodologia da OMS,¹⁵ bem como realizada a entrevista com as mães para averiguar os hábitos, padrões de higiene bucal, comportamento e características das crianças.

No exame clínico das crianças foi verificada a presença ou não de mancha branca nos dentes. A polarização da cárie foi calculada pelo "SIC index".

Com objetivo de analisar os determinantes da cárie na primeira infância, foi observado como variáveis dependentes a presença de cárie no momento do exame (4 anos de idade) e cárie precoce (ceo \geq 1) na criança.

A análise estatística dos dados coletados foi realizada no programa Epiinfo¹⁷ e Bioestat,¹⁸ versão 5.3. Os testes de Qui-Quadrado (χ^2) e Exato de Fischer foram

empregados para verificação das associações entre as variáveis e a experiência de cárie das crianças. Também foi calculado o Odds Ratio (OR) para verificar a força da associação. Os resultados foram considerados em nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e intervalo de confiança (IC) de 95%.

As variáveis que apresentavam o valor de $p \geq 0,20$ foram removidas da análise de regressão logística múltipla.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA/UNESP e o consentimento livre e esclarecido foi obtido pelo sujeito da pesquisa antes do início das entrevistas e exame clínico.

4.4 Resultados

A idade média das mães ao nascimento da criança era de 25,4 \pm 5,86 anos. A maioria morava com o companheiro (n= 57 –78,1%); possuía baixa escolaridade, ou seja, menos que 12 anos estudo (n= 65 – 89,0%); possuíam mais de um filho (n=44 – 60,3%) e renda familiar menor que 2 salários mínimos (n= 65 – 89,0%). A maioria das mães (54 – 74,0%) não possuía nenhuma doença sistêmica e a maioria ingeria dieta com ingestão de açúcar (50 – 68,5%) na gestação. Do total de crianças, 43 (58,9%) eram do sexo feminino, 62 (84,9%) nasceram com mais de 2500g e 58 (79,4%) com mais de 37 semanas de gestação. A maioria ingeria mamadeira com açúcar (43 – 58,9%), alimentos contendo açúcar entre as refeições (64 – 87,7%) e líquidos em mamadeira noturna com açúcar (41 – 56,2%). Do total das crianças, somente 10 (13,7%) haviam ido ao dentista, mas a maioria (48 – 65,8%) das mães higieniza a boca de seu filho pelo menos uma vez ao dia, com fralda, gaze ou escova.

O índice CPO (Cariados, Perdidos e Obturados) médio das mães foi de 12,07 (\pm 6,10), sendo o elemento obturado (58,2%) o mais prevalente nas gestantes (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das mães durante a gestação, de acordo com o índice CPO, Araçatuba 2013.

CPO	Média	dp	Mediana	% médio CPO
Cariados	2,57	\pm 2,98	2,00	21,2
Perdidos	2,49	\pm 3,80	1,00	20,6
Obturados	7,03	\pm 5,46	7,50	58,2
CPO	12,07	\pm 6,10	12,00	100,0

O índice ceo médio (cariados, extraídos e obturados) das crianças foi de 1,79 (\pm 2,88), sendo o elemento cariado (81,5%) o mais prevalente (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das crianças, de acordo com o índice ceo, Araçatuba 2013.

ceo	Média	dp	Mediana	% médio ceo
cariados	1,46	±2,70	0,00	81,6
extraídos	0,03	±0,23	0,00	1,7
obturados	0,30	±0,87	0,00	16,7
ceo	1,79	±2,88	0,00	100,0

A presença de cárie na mãe não esteve associada com a presença de cárie no filho, bem como com a cárie precoce na infância, conforme a tabela 3.

Tabela 3 – Associação da presença de cárie na gestante com presença de cárie e cárie precoce na criança, Araçatuba 2013.

Presença de dentes cariados na mãe	Presença de cárie no filho		Experiência de cárie precoce (ceo≥1)	
	Não n %	Sim n %	Não n %	Sim n %
Não	16 (21,9)	4 (5,5)	12 (16,4)	8 (11,0)
Sim	35 (47,9)	18 (24,7)	27 (37,0)	26 (35,6)
p	0,38		0,66	
OR	2,06		1,44	
IC	0,59 – 7,06		0,50 – 4,10	

A polarização da cárie foi observada neste estudo e. Isso significa que há uma maior proporção de indivíduos livres da doença num grupo e, no outro, a presença de poucas pessoas concentrando elevado número de cáries.¹⁹ O termo “polarização” foi definido como concentração de 75% das cáries em 25% das crianças.²⁰ O ceo médio das crianças neste estudo foi de cinco; apenas três crianças de 24 estavam sem a presença de cárie. O CPO médio das mães destas crianças foi de 13,54, e apenas seis delas estavam sem cárie. Não houve associação significativa entre a presença de cárie na mãe com a presença de cárie no filho neste grupo polarizado.

A tabela 4 e 5 mostra os resultados da análise bivariada dos aspectos comportamentais, sociais, econômicos, demográficos, saúde bucal da mãe e do filho associados à presença de cárie e cárie precoce na infância (ceo≥1). A presença de

hábitos deletérios (sucção de chupeta e dedo), o tempo de aleitamento materno e a renda familiar estiveram associados significativamente à presença de cárie da criança. O compartilhamento de escovas entre os membros da família esteve associado com a cárie precoce na infância.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das crianças, de acordo com a presença de cárie na infância e as variáveis estudadas, Araçatuba 2013.

Variáveis		Sem cárie n (%)	Com cárie n (%)	P	OR	IC (95%)
A mãe compartilha o talher com a criança	Não	19 (26,0)	8 (11,0)	1,03	0,84	0,36 – 2,93
	Sim	32 (43,8)	14 (19,2)			
Educação em saúde bucal	Sim	11 (15,1)	1 (1,4)	0,14	5,77	0,69 – 47,83
	Não	40 (54,7)	21 (28,8)			
Acesso da criança ao dentista	Sim	8 (11,0)	2 (2,7)	0,70	1,86	0,36 – 9,57
	Não	43 (58,9)	20 (27,4)			
Higienização bucal do filho	Sim	33 (45,2)	15 (20,5)	0,98	0,85	0,29 – 2,48
	Não	18 (24,7)	7 (9,6)			
Presença de manchas brancas nos dentes aos 36 meses	Não	28 (38,4)	10 (13,7)	0,62	1,46	0,53 – 3,98
	Sim	23 (31,5)	12 (16,4)			
Higienização bucal materna completa	Sim	26 (35,7)	6 (8,2)	0,10	2,77	0,93 – 8,22
	Não	25 (34,2)	16 (21,9)			
Escovas compartilhadas	Não	39 (53,4)	20 (27,4)	0,26	0,32	0,06 – 1,59
	Sim	12 (16,4)	2 (2,8)			
Idade materna	≥ 22 anos	38 (52,1)	15 (20,5)	0,78	1,36	0,45 – 4,08
	< 22 anos	13 (17,8)	7 (9,6)			
Mora com o companheiro	Sim	13 (17,8)	3 (4,1)	0,41	2,16	0,55 – 8,53
	Não	38 (52,1)	19 (26,0)			
Trabalha materno	Não	28 (38,4)	13 (17,8)	0,94	0,84	0,30 – 2,32
	Sim	23 (31,5)	9 (12,3)			
Escolaridade materna	≥ 12 anos	7 (9,6)	1 (1,3)	0,45	3,34	0,38 – 28,93
	< 12 anos	44 (60,3)	21 (28,8)			
Renda familiar	≥ 2 SM	8 (11,0)	0 (0,0)	0,05*		
	< 2 SM	43 (58,9)	22 (30,1)			
Mãe primigesta	Não	30 (41,1)	14 (19,2)	0,90	0,81	0,29 – 2,29
	Sim	21 (28,7)	8 (11,0)			
Mãe fumante	Não	47 (64,4)	17 (23,3)	0,16	3,45	0,83 – 14,39
	Sim	4 (5,5)	5 (6,8)			
Mãe que consome bebidas alcoólicas	Não	45 (61,7)	16 (21,9)	0,19	2,81	0,79 – 9,98
	Sim	6 (8,2)	6 (8,2)			
A mãe vai ao dentista	Sim	14 (19,2)	8 (11,0)	0,63	0,66	0,22 – 1,91
	Não	37 (50,6)	14 (19,2)			
Mães com dentes cariados	Não	16 (21,9)	4 (5,5)	0,38	2,05	0,59 – 7,06
	Sim	35 (47,9)	18 (24,7)			
Peso ao nascimento	≥2,5Kg	43 (58,9)	19 (26,0)	0,89	0,84	0,20 – 3,55
	<2,5Kg	8 (11,0)	3 (4,1)			
Idade gestacional	≥37 semanas	42 (57,6)	16 (21,9)	0,53	1,75	0,53 – 5,71
	<37 semanas	9 (12,3)	6 (8,2)			
Estado conjugal diferenciado após nascimento	Não	45 (61,7)	19 (26,0)	0,87	1,18	0,27 – 5,23
	Sim	6 (8,2)	3 (4,1)			
Doença mãe durante a gestação	Não	37 (50,7)	17 (23,3)	0,89	0,77	0,24 – 2,50
	Sim	14 (19,2)	5 (6,8)			
Dieta com ingestão de alimentos e bebidas açucarados na gestação	Não	17 (23,3)	6 (8,2)	0,81	1,33	0,44 – 4,02
	Sim	34 (46,6)	16 (21,9)			
Ingestão alimentos açucarados pelas crianças	Não	8 (11,0)	1 (1,3)	0,35	3,90	0,45 – 33,32
	Sim	43 (58,9)	21 (28,8)			
Mamadeiras com açúcar	Não	21 (28,7)	9 (12,4)	0,81	1,01	0,36 – 2,79
	Sim	30 (41,1)	13 (17,8)			
Mamadeira noturna com açúcar	Não	21 (28,7)	11 (15,1)	0,65	0,7	0,25 – 2,50
	Sim	30 (41,1)	11 (15,1)			
Gravidez planejada	Sim	18 (24,6)	8 (11,0)	0,85	0,95	0,33 – 2,70
	Não	33 (45,2)	14 (19,2)			
Dentes perdidos na mãe	Não	19 (26,0)	7 (9,6)	0,85	1,27	0,44 – 3,67
	Sim	32 (43,9)	15 (20,5)			
Sexo da criança	Feminino	28 (38,4)	15 (20,5)	0,42	0,56	0,19 – 1,62
	Masculino	23 (31,5)	7 (9,6)			
Presença de Hábitos deletérios	Não	22 (30,1)	17 (23,3)	0,01*	0,22	0,07 – 0,69
	Sim	29 (39,8)	5 (6,8)			
CPO Mãe ≤6 CPO Mãe >6	Não	8 (11,0)	4 (5,5)	0,93	0,83	0,22 – 3,13
	Sim	43 (58,9)	18 (24,6)			
Aleitamento materno	≤ 6 meses	26 (35,6)	4 (5,5)	0,01*		
	6 < 12 meses	10 (13,7)	4 (5,5)			
	≥ 12 meses	15 (20,5)	14 (19,2)			

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das crianças, de acordo com a presença de cárie precoce (ceo \geq 1) na infância e variáveis estudadas, Araçatuba 2013.

Variáveis		Ceo = 0	Ceo \geq 1	P	OR	IC (95%)
		n (%)	n (%)			
A mãe compartilha o talher com a criança	Não	13 (17,8)	14 (19,2)	0,65	0,71	0,27 – 1,85
	Sim	26 (35,5)	20 (27,4)			
Educação em saúde bucal	Sim	30 (41,1)	31 (42,5)	0,18	0,32	0,07 – 1,31
	Não	9 (12,3)	3 (4,1)			
Acesso da criança ao dentista	Não	6 (8,2)	4 (5,5)	0,91	1,36	0,35 – 5,30
	Sim	33 (45,2)	30 (41,1)			
Higienização bucal do filho	Sim	28 (38,3)	20 (27,4)	0,35	1,78	0,67 – 4,72
	Não	11 (15,1)	14 (19,2)			
Presença de manchas brancas nos dentes aos 36 meses	Não	24 (32,9)	14 (19,2)	0,13	2,28	0,89 – 5,84
	Sim	15 (20,5)	20 (27,4)			
Higienização bucal materna completa	Sim	21 (28,8)	11 (15,1)	0,10	2,43	0,93 – 6,34
	Não	18 (24,6)	23 (31,5)			
Escovas compartilhadas	Não	27 (37,0)	32 (43,9)	0,01*	0,14	0,02 – 0,68
	Sim	12 (16,4)	2 (2,7)			
Idade materna	\geq 22 anos	30 (41,1)	23 (31,5)	0,53	1,59	0,56 – 4,48
	< 22 anos	9 (12,3)	11 (15,1)			
Mora com o companheiro	Sim	9 (12,3)	7 (9,6)	0,97	1,15	0,37 – 3,53
	Não	30 (41,1)	27 (37,0)			
Trabalha materno	Não	22 (30,1)	19 (26,0)	0,84	1,02	0,40 – 2,58
	Sim	17 (23,3)	15 (20,6)			
Escolaridade materna	\geq 12 anos	4 (5,5)	4 (5,5)	0,86	0,85	0,19 – 3,72
	< 12 anos	35 (47,9)	30 (41,1)			
Renda familiar	< 2 SM	35 (47,9)	30 (41,1)	0,86	1,17	0,27 – 5,07
	\geq 2 SM	4 (5,5)	4 (5,5)			
Mãe primigesta	Não	23 (31,5)	21 (28,8)	0,99	0,88	0,34 – 2,28
	Sim	16 (21,9)	13 (17,8)			
Mãe fumante	Não	36 (49,3)	28 (38,4)	0,35	2,57	0,59 – 11,19
	Sim	3 (4,1)	6 (8,2)			
Mãe que consome bebidas alcoólicas	Não	34 (46,6)	27 (37,0)	0,56	1,76	0,50 – 6,18
	Sim	5 (6,8)	7 (9,6)			
A mãe vai ao dentista	Sim	10 (13,8)	12 (16,4)	0,52	0,63	0,23 – 1,72
	Não	29 (39,7)	22 (30,1)			
Mães com dentes cariados	Não	12 (16,4)	8 (11,0)	0,67	1,44	0,50 – 4,10
	Sim	27 (37,0)	26 (35,6)			
Peso ao nascimento	\geq 2,5Kg	31 (42,5)	31 (42,5)	0,28	0,37	0,09 – 1,54
	<2,5Kg	8 (11,0)	3 (4,0)			
Idade gestacional	\geq 37 semanas	33 (45,2)	25 (34,2)	0,37	1,98	0,62 – 6,29
	<37 semanas	6 (8,2)	9 (12,4)			
Estado conjugal diferenciado após nascimento	Não	33 (45,2)	31 (42,5)	0,62	0,53	0,12 – 2,31
	Sim	6 (8,2)	3 (4,1)			
Doença mãe durante a gestação	Não	27 (37,0)	27 (37,0)	0,47	0,58	0,19 – 1,70
	Sim	12 (16,4)	7 (9,6)			
Dieta com ingestão de alimentos e bebidas açucarados na gestação	Não	11 (15,1)	12 (16,4)	0,69	0,72	0,26 – 1,93
	Sim	28 (38,4)	22 (30,1)			
Ingestão alimentos açucarados pelas crianças	Não	3 (4,1)	6 (8,2)	0,35	0,39	0,08 – 1,69
	Sim	36 (49,3)	28 (38,4)			
Mamadeiras com açúcar	Não	16 (21,9)	14 (19,2)	0,82	0,99	0,39 – 2,53
	Sim	23 (31,5)	20 (27,4)			
Mamadeira noturna com açúcar	Não	17 (23,3)	15 (20,6)	0,84	0,98	0,38 – 2,47
	Sim	22 (30,1)	19 (26,0)			
Gravidez planejada	Sim	12 (16,4)	14 (19,2)	0,49	0,63	0,24 – 1,66
	Não	27 (37,0)	20 (27,4)			
Dentes perdidos na mãe	Não	14 (19,2)	12 (16,4)	0,84	1,02	0,39 – 2,68
	Sim	25 (34,3)	22 (30,1)			
Sexo da criança	Feminino	23 (31,5)	20 (27,4)	0,82	1,00	0,39 – 2,56
	Masculino	16 (21,9)	14 (19,2)			
Presença de Hábitos deletérios	Não	18 (24,6)	21 (28,8)	0,27	0,53	0,20 – 1,35
	Sim	21 (28,8)	13 (17,8)			
CPO Mãe \leq 6 CPO Mãe >6	Não	5 (6,8)	7 (9,6)	0,56	0,56	0,16 – 1,99
	Sim	34 (46,6)	27 (37,0)			
Aleitamento materno	\leq 6 meses	18 (24,7)	12 (16,4)	0,48		
	6 < 12 meses	8 (11,0)	6 (8,2)			
	\geq 12 meses	13 (17,8)	16 (21,9)			

Os dados que tiveram $p \leq 0,20$ foram analisados na Regressão Logística Múltipla da tabela 4. Foram incluídas nesta análise: educação em saúde bucal, higiene da mãe, renda familiar, mães fumantes e que ingeriam bebidas alcoólicas, presença de hábitos e tempo de aleitamento materno para a associação com presença de cárie na criança; e para associação com $ceo \geq 1$ (cárie precoce) foram incluídas: presença de mancha branca aos 36 meses de idade, higiene bucal completa da mãe e escovas compartilhadas.

Tabela 6 – Análise de regressão logística múltipla de associações entre as variáveis $p \leq 0,20$ com presença de cárie e cárie precoce na infância nas crianças - Araçatuba, 2013.

Variáveis	P	Coef.	Erro padrão	OR	IC (95%)
Cárie na infância					
Educação em saúde bucal	0,18	-1,51	1,14	0,22	0,02 – 2,07
Higiene bucal completa da mãe	0,28	-0,72	0,68	0,48	0,13 – 1,84
Mães fumantes	0,31	0,97	0,98	2,64	0,39 – 17,96
Consumo de bebida alcoólica pela mãe	0,50	0,60	0,89	1,82	0,31 – 10,59
Presença de hábitos deletérios	0,04*	-1,32	0,66	0,26	0,07 – 0,98
Tempo de aleitamento materno	0,14	0,03	0,02	1,03	0,99 – 1,09
ceo ≥ 1					
Higiene bucal completa da mãe	0,31	-0,55	0,55	0,57	0,19 – 1,70
Presença de manchas brancas aos 36 meses de idade	0,25	0,63	0,54	1,89	0,65 – 5,54
Escovas compartilhadas	0,02*	-1,92	0,82	0,15	0,03 – 0,73

4.5 Discussão

Neste estudo longitudinal desde a gestação até os quatro anos de idade da criança, observou-se que a presença de cárie em crianças esteve associada com a presença de hábitos deletérios (sucção de chupeta e dedo) e prática do aleitamento materno, bem como a cárie precoce na infância ($ceo \geq 1$) com o compartilhamento de escovas de dentes na família.

Estudos longitudinais com coletas de dados repetidamente durante a gravidez e na infância têm como vantagens reduzir o risco de viés resultando numa capacidade dos pais em recordarem de maneira mais fidedigna dos eventos⁶. Poucos estudos longitudinais têm sido conduzidos em uma população de pouca idade, ou seja, na primeira infância⁷ como neste estudo.

A mãe é considerada a principal responsável pela saúde da família. Além de poder transmitir bactérias causadoras da cárie aos seus filhos,¹³ ela também institui hábitos, modelos, valores e atitudes^{8,9}.

As gestantes do estudo tiveram CPO médio de 12,07, próximo ao verificado no estudo de Almeida et al.⁹ que foi de 11,7. Os adultos brasileiros tem em média CPO de 17,2, o que foi demonstrado em estudo nacional, realizado em 2010².

Neste estudo, a escolaridade da mãe não esteve associada à presença de cárie em crianças, o que era esperado, mas pode ser explicado pelo fato da amostra ser homogênea (gestantes que frequentavam os serviços públicos de saúde, a maioria com baixa escolaridade). A idade da mãe também não esteve associada à cárie nas crianças, isso pode ser explicado devido ao baixo número de gestantes menores de 21 anos no estudo.

As práticas de higienização bucal são fortemente influenciadas no contexto familiar, o qual determina a formação de hábitos positivos ou nocivos, no que se refere à saúde bucal. Os resultados não demonstraram relação significativa entre a higienização bucal da mãe e do filho de acordo com o teste estatístico. A falta de

higienização bucal do filho deveria estar relacionada à presença de cárie, mas isto não ocorreu, o que talvez possa explicar este acontecimento foi o método empregado para coleta de dados: a entrevista. As mães tendem a responder o que acham ser ideal ou adequado, omitindo, muitas vezes, o que realmente ocorre principalmente no que diz respeito à higiene bucal, pois os meios de comunicação em massa divulgam com frequência muitas informações a respeito do assunto, entretanto o acesso à informação não garante a adoção do hábito ou medida preventiva.

O ceo médio das crianças estudadas foi 1.79, semelhante ao estudo de Niji et al.³, sendo que o componente cariado foi o maior responsável por este valor. Esse dado evidencia que os bebês e as crianças ainda estão carentes de atenção odontológica, bem como a pouca importância atribuída pelos pais ou responsáveis aos problemas à saúde bucal dos filhos.

Atualmente vem ocorrendo o fenômeno de polarização da cárie dentária, isto é, todos compartilham a noção geral de que há polarização quando num polo há ausência de doença e, no outro, um grande número de casos, concentrados num pequeno grupo de indivíduos.^{19,20} Índices de cárie mais elevados concentram-se em um determinado grupo de crianças, fato ocorrido neste estudo. É importante identificar as crianças do grupo de risco e direcionar programas e ações de prevenção voltadas a elas especificamente, para que haja racionalização de recursos e efetividade das ações.

Não foi encontrada relação entre a doença cárie presente na gestante com cárie precoce ou presença de cárie nas crianças, o que talvez possa ser explicado pelo fato de quase a totalidade das mães apresentava CPO diferente de 0.

O tempo de aleitamento materno esteve associado com presença de cárie ($p=0.01$) isso também foi reportado em outros estudos^{21,22,23}. Os padrões de alimentação inadequada na infância, como o uso de mamadeira e amamentação no peito de forma prolongada são responsáveis por um aumento na exposição dos dentes

decíduos a carboidratos fermentáveis, podendo promover colonização precoce de micro-organismos causadores da doença, aumentando o desenvolvimento de cárie²³. Outros estudos devem ser realizados, com diferentes delineamentos metodológicos, considerando que são poucas as pesquisas que confirmam tal associação²².

A instalação de hábitos deletérios, tais como sucção de chupetas e dedo, mostrou-se associada significativamente à presença de cárie nas crianças do estudo, tanto na análise bivariada ($p=0.01$) quanto na regressão logística ($p= 0.04$), fato que pode ser explicado pela transmissibilidade de microorganismos presentes nestes utensílios e que a mãe coloca substâncias que contém açúcar na chupeta para a criança acalmar²⁴.

A escovação dental é a medida de higiene bucal mais utilizada em diversas populações, entretanto, ela pode ser responsável pela transmissão de doenças infecciosas e parasitárias, se for compartilhada entre as pessoas, principalmente as bactérias que causam a cárie²⁵. Neste estudo, o não compartilhamento de escovas esteve associado com a prevenção de cárie precoce na infância ($p=0.02$ e OR 0.15).

A instalação da doença cárie requer evidenciar os fatores sociais e culturais relacionados aos agentes primários biológicos, genéticos e de higiene^{26,27}. Ao analisar o risco individual de cárie em uma criança é necessário avaliar os dados relacionados ao seu convívio social e seu ambiente. É de extrema importância incluir os dados da mãe no tratamento da criança, uma vez que ela é referência para o filho em questões de saúde. Dados como a idade da mãe na época de nascimento do filho, grau de instrução, estado civil, número de filhos, situação conjugal, acesso aos serviços, local onde reside, hábitos e estilo de vida materno, entre outros, necessitam ser coletados e avaliados, pois podem interferir no estado bucal da criança. É a questão da transmissibilidade, entendida não somente no âmbito microbiológico, mas também e principalmente na ampla relação social, cultural e comportamental da complexa etiologia da doença cárie⁸.

Algumas limitações deste estudo devem ser reportadas. A amostra ao final dos quatro anos de acompanhamento foi reduzida, devido às perdas das mães ao longo do estudo. Estudos longitudinais são onerosos e difíceis de serem realizados, os quais necessitam de uma equipe de pesquisadores comprometidos com o estudo e que trabalhem com seriedade para cumprir os objetivos da pesquisa. Mesmo assim, os resultados trouxeram achados valiosos e dignos de consideração devido à evidência científica deste tipo de estudo. Estudos multicêntricos são necessários para elucidar se os resultados são comuns em outras áreas maiores e com características de população diferentes.

É importante destacar a importância de um atendimento eficaz de prevenção e terapêutica mais precocemente do que é atualmente realizado em idade escolar²⁸. A instalação de hábitos rotineiros (higiene e saúde), higienização de bicos artificiais e chupeta, maior conscientização e educação das mães devem começar o mais cedo possível, para evitar a experiência de cárie precoce nas crianças aos 4 anos de idade.

4.6 Conclusões

Os resultados sugerem que os aspectos sociocomportamentais têm influência no desenvolvimento da cárie na primeira infância.

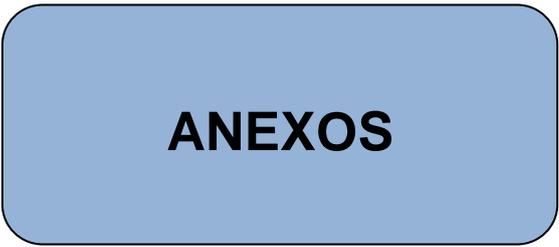
Referências

1. Peterson PE. The World Oral Health. Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme, *Community Dent Epidemiol.* 2003; 31 Suppl 1: 3-23.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal da População Brasileira. Projeto SB Brasil 2010: principais resultados. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 11 jan 2012]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.
3. Niji R, Arita K, Abe Y, Lucas ME, Nishino M, Mitome M. Maternal age at birth and other risk factors in early childhood caries. *Pediatr Dent.* 2010; 32 (7): 493-8.
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC) Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry; 2008 [citado 2012 May 12]. Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/D_ECC.pdf.
5. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader M, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral Health: A conceptual model. *Pediatrics.* 2007; 120(3): e510-20.
6. Wigen TI, Wang NJ. Maternal health and lifestyle, and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to age 5 yr. *Eur J Oral Sci.* 2011; 119(6): 463-68.
7. Zhou Y, Yang JY, Lo ECM, Lin HC. The Contribution of life course determinants to early childhood caries: A 2-Year cohort study. *Caries Res.* 2012; 46(2):87-94.
8. Fadel CB, Wagner DM, Furlan EM. Associação entre características sociodentais maternas e experiência de cárie na primeira dentição da criança. *Rev Odonto Ciênc.* 2008; 23(1): 31-4.
9. Almeida AL, Barbosa AMF, Menezes VA, Granville-Garcia AF. Experiência de cárie entre mães e filhos: influência de fatores socioeconômicos e comportamentais. *Odontol Clín-Cient* 2011; 10 (4): 373-9.

10. Köhler B, Andréen I. Mutans streptococci and caries prevalence in children after early maternal caries prevention: A follow-Up of children at 19 years of age. *Caries Res*. 2012; 46 (5):474–80.
11. Borges HC, Garbin CA, Saliba O, Saliba NA, Moimaz SA . Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. *Braz Oral Res* 2012; 26 (6) :564-70.
12. Carvalho TS, Abanto J, Mendes FM, Raggio DP, Bonecker M. Association between parental guilt and oral health problems in preschool children. *Braz Oral Res* 2012; 26(6): 557-63.
13. Parisotto TM, Steiner-Oliveira C, Duque C, Peres RC, Rodrigues LK, Nobre-dos-Santos M. Relationship among microbiological composition and presence of dental plaque, sugar exposure, social factors and different stages of early childhood caries. *Arch Oral Biol* 2010; 55 (5): 365–73.
14. Piovesan C, Antunes JLF, Guedes RS, Ardenghi TM. Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren. *Braz Oral Res* 2011; 25(2): 143-9.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Center for Disease Control and Prevention. Program Epi Info™ Version 7.0. [Citado 2011 Nov 11]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>.

18. Ayres M, Ayres M Jr, Ayres DL, Santos AS. Programa BioEstat 5.0. [Citado 10 Out 2011]. Disponível em: <http://www.mamiraua.org.br/download/index.php?dirpath=./BioEstat%205%20Portugues&order=0>.
19. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19(6): 385-93.
20. Macek MD, Heller KE, Selwitz RH, Manz MC. Is 75 percent of dental caries really found in 25 percent of the population? *J Public Health Dent*. 2004; 64(1): 20–5.
21. Weber-Gasparoni K, Kanellis MJ, Levy SM, Stock J. Caries prior to age 3 and breastfeeding: a survey of La Leche League members. *J Dent Child*. 2007; 74(1): 52-61.
22. Valaitis R, Hesch R, Passarellia C, Sheehan D, Sinton J. A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. *Can J Publ Health* 2000; 91(6): 411–7.
23. Prakash P, Subramaniam P, Durgesh BH, Konde S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. *Eur J Dent*. 2012; 6(2): 141–52.
24. Plonka KA, Pukallus ML, Barnett AG, Holcombe TF, Walsh LJ, Seow WK. A longitudinal case-control study of caries development from birth to 36 months. *Caries Res*. 2013; 47(2): 117-27.
25. Ferreira CA, Savi GD, Panatto AP, Generoso JS, Barrichello T. Microbiological evaluation of bristles of frequently used toothbrushes. *Dental Press J Orthod*. 2012; 17(4):72-6.

26. Moimaz SA, Saliba O, Lolli LF, Garbin CA, Garnin AI, Saliba NA. A longitudinal study of the association between breast-feeding and harmful oral habits. *Pediatr Dent.* 2012; 34 (2): e117-21.
27. Bonecker M, Anderghi TM, Oliveira LB, Sheiham A, Marcenev W. Trends in dental caries in 1- to 4-year-old children in an Brazilian city between 1997 and 2008. *Int J Paediatr Dent.* 2010; 20(2): 125–31.
28. Mohebbi SZ., Virtanen JI., Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Feeding habits as determinants of early childhood caries in a population where prolonged breastfeeding is the norm. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008; 36(4): 363–369.



ANEXOS

ANEXO A – Certificado de Aprovação do CEP – Primeira fase



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP –

OF. 148/2006
CEP
SFCDB/bri

Araçatuba, 19 de setembro de 2006.

Referência Processo FOA 2006-01471

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto "IMPACTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE BUCAL DO BINÔMIO MÃE-FILHO E NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO" expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório parcial em 14/09/2007 e o relatório final em 14/09/2008.

5/10/06
Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilma. Senhora
Dr^a. LÍVIA GUIMARÃES ZINA
Araçatuba-SP-

Ciente. De acordo.

— / / —

Dr^a. Livia Guimarães Zina

ANEXO B – Certificado de Aprovação do CEP – Segunda fase**CERTIFICADO**

Certificamos que o projeto "*Qualidade de vida, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e prática do aleitamento materno*", sob a responsabilidade de **SUZELY ADAS SALIBA MOIMAZ**, está de acordo com os Princípios Éticos em Pesquisa e foi aprovado em 28/01/2013, de acordo com o Processo FOA-2202/2011.

Araçatuba, 28 de janeiro de 2013.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Ana Cláudia de Melo Stevanato Nakamune".

ANA CLÁUDIA DE MELO STEVANATO NAKAMUNE
Coordenadora do CEP

ANEXO C – Referências da Introdução Geral

1. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Rev Odontol UNICID*. 2007; 19(1): 39-45.
2. Rocha NB, Moimaz SAS, Roviada TAS. Crendices e adágios populares em relação ao atendimento odontológico às gestantes. In: Moimaz SAS; Saliba NA, Garbin CAS, Organizadores. *Odontologia para gestante: guia para o profissional da saúde*. Araçatuba: FOA/UNESP; 2009. p.35-40.
3. Nascimento EP, Andrade FS, Costa AADD, Terra FS. Gestantes frente ao tratamento odontológico. *Rev Bras Odontol*. 2012; 69(1): 125-30.
4. Piccinini CA, Gomes AG, Moreira LE, Lopes RS. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psic Teor Pesq* 2004; 20(3): 223-32.
5. Fadel CB, Saliba NA, Moimaz SAS. Relação materno-infantil: uma abordagem interdisciplinar e seus desdobramentos para a odontologia. *Arq Odontol* 2008; 44(3): 42-8.
6. Fadel CB, Garbin CAS, Saliba NA. Relação materno-infantil: uma abordagem interdisciplinar e seus desdobramentos para a odontologia. In: Moimaz SAS; Saliba NA, Garbin CAS, Organizadores. *Odontologia para gestante: guia para o profissional da saúde*. Araçatuba: FOA/UNESP; 2009. p.81-95.
7. Almeida AL, Barbosa AMF, Menezes VA, Granville-Garcia AF. Experiência de cárie entre mães e filhos: influência de fatores socioeconômicos e comportamentais. *Odontol Clín-Cient* 2011; 10(4): 373-9.
8. Fadel CB, Saliba NA. Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil *Rev Gaúcha Odontol*. 2009; 57(3): 303-9.
9. Parisotto TM, Steiner-Oliveira C, Duque C, Peres RC, Rodrigues LK, Nobre-dos-Santos M. Relationship among microbiological composition and presence of dental plaque, sugar exposure, social factors and different stages of early childhood caries. *Arch Oral Biol*. 2010. 55(5): 365–73.

10. Köhler B, Andréen I. Mutans streptococci and caries prevalence in children after early maternal caries prevention: a follow-up at 19 years age. *Caries Res.* 2012; 46(5): 474-480.
11. Fadel CB, Wagner DM, Furlan EM. Associação entre características sociodentais maternas e experiência de cárie na primeira dentição da criança. *Rev Odonto Cienc.* 2008; 23(1): 31-4.
12. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Cienc. Saúde Coletiva.* 2012; 17(2): 397-405.
13. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health.* 1996; 13(1): 22-6.
14. Sheiham A, Tsakos G. Avaliando necessidades através de abordagem sócio-odontológica. In: Pinto VG, Organizador. *Saúde bucal coletiva.* 5th. ed. São Paulo: Santos; 2008. p. 287-316.
15. Oliveira BH, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofac Pain.* 2006; 20(4):297-305.
16. Acharya, S, Bhat P, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hyg.* 2009. 7(2): 102–7.
17. Wandera MN, Engebretsen IM, Rwenyonyi CM, Tumwine J, Astrom AN. Periodontal status, tooth loss and self-reported periodontal problems effects on oral impacts on daily performances, OIDP, in pregnant women in Uganda: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2009; 7: 89.
18. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009; 37(2): 171-81.

19. Jeremias F, Silva SRC, Valsecki Junior A, Tagliaferro EPS, Rosell FL. Autopercepção e Condições de Saúde Bucal em Gestantes. *Odontol Clín-Cient.* 2010; 9(4) 359-63.
20. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, Duarte YAO, Teixeira DSC. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(10): 1965-75..
21. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol.* 1980; 14A(6): 597-605.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal da População Brasileira. Projeto SB Brasil 2010: resultados principais [citado 2012 jan 11]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.
23. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC) [cited 2012 May 12]. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/D_ECC.pdf.
24. Spencer AJ. Skewed distributions: new outcome measures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25(1): 52-9.
25. Hausen H, Karkainen S, Seppa L. Application of the high-risk strategy to control dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000; 28(1): 26-34.
26. Borges HC, Garbin CAS, Saliba O, Saliba N, Moimaz SAS. Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. *Braz. Oral Res.* 2012; 26(6): 564-70
27. Lolli LF. Estudo longitudinal de fatores relacionados à cárie dentária e oclusopatias na infância. 2011. [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2011.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde

bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

ANEXO D – Formulários de entrevista

ROTEIRO ENTREVISTA

Entrevista Nº _____

Data ____/____/20__

A) IDENTIFICAÇÃO E CONDIÇÃO SÓCIO-EDUCACIONAL MATERNA

1. Nome mãe _____
2. Nome da criança _____
3. Endereço atualizado _____
4. Endereço mãe\sogra\amigo próximo _____
5. Telefones _____

6. Idade _____ anos
7. Estado civil atual () casada () solteira () viúva () divorciada () amasiada
8. Profissão atual: () não trabalha – Recebe remuneração individual? Sim () Não ()
() empregada / servidora pública () empregada / privada () autônoma () estudante
() outro _____
9. Escolaridade atual () analfabeta () fundamental incompleto () fundamental completo
() médio incompleto () médio completo () superior incompleto () superior completo
10. Profissão do pai atual: () não trabalha () empregada / servidora pública ()
empregada / privada () autônoma () estudante ()
outro _____
11. Escolaridade do pai atual () analfabeto () fundamental incompleto ()
fundamental completo
() médio incompleto () médio completo () superior incompleto () superior completo
12. Renda atual: _____ salários mínimos
13. Classe social atual _____

		Legenda:
Posse de automóvel: ()	Número de banheiros na residência: ()	0: Não possui
Você tem televisão a cores?: ()	Você tem aspirador de pó?: ()	1: Possui um
Você tem freezer (ou geladeira duplex)?: ()	Você tem máquina de lavar/tanquinho?: ()	2. dois
Você tem geladeira?: ()	Você tem rádio?: ()	2. três
Você tem videocassete ou DVD?: ()	Você tem empregada doméstica?: ()	4. quatro ou mais

B) HÁBITOS

14. Você fuma? () sim () não
15. Se não, já fumou no passado: () sim () não
16. Por quanto tempo? () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 10 a 20 anos () mais de 20 anos

17. Se sim, qual a frequência? () raramente (1 vez ao mês) () quinzenalmente (a cada 2 semanas) () semanalmente (1 a 3 vezes por semana) () sempre (4 vezes por semana ou mais - todos os dias)
18. Quantos cigarros você fuma por dia? () 1 a 5 cigarros () 6 a 10 cigarros () mais de 10 cigarros
19. Há quanto tempo você fuma? () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 10 a 20 anos () mais de 20 anos
20. Você convive com alguém que fuma? () Sim () Não
21. Com quem? _____
22. Você bebe (bebida alcoólica)? () Sim () Não
23. Se sim, qual a frequência? () raramente (1 vez mês) () quinzenalmente (a cada 2 semanas) () semanalmente (1 a 3 vezes por semana) () sempre (4 vezes por semana ou mais - todos os dias)
24. Quanto você bebe por vez? () 1 copo () 2 a 5 copos () mais de 5 copos
25. Há quanto tempo você bebe? () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 10 a 20 anos () mais de 20 anos
26. Qual o tipo de bebida que você consome (pode assinalar mais de uma opção)? () cerveja () pinga () vinho () whisky () outras

27. Você mudou a sua alimentação durante a gestação? () sim () não
28. Se sim, como? _____

C) DIETA

29. Geralmente, o que você bebe durante as refeições? () Nada () Água () Leite () Suco de Fruta () Refrigerante () Refrigerante sem açúcar () Chá ou café com açúcar () Chá ou café com adoçante () Chá ou café sem açúcar () Outros

30. Você toma algum tipo de medicamento ou vitamina? () Sim () Não
31. Se Sim, qual?

32. Há quanto tempo? _____
33. Você tem algum problema de saúde? () Sim () Não
34. Se sim, qual? _____
35. Alguém da sua família tem ou já teve algum desses problemas? () diabetes () Hepatite () anemia () cardiopatias () hipertensão () "colesterol" () "triglicérides" () NDA

Frequência do consumo de alimentos								
Frequência								
Alimentos	nunca	1x/dia	2-3x/dia	4x/dia	1x/Sem	2-3x/Sem	1x/mês	2x/mês
Manteiga, margarina								
Leite, iogurte								
Pão								
Batatas								
Legumes								
Raízes,p.ex: cenoura								
Verduras								
Frutas								
Mingaus: aveia, maisena, cremogema								
Macarão								
Arroz								
Feijão								
Carnes								
Peixes								
Ovos								
Fígado								
Lingüiça								
Doces								
Bolos, biscoitos								
Refrigerantes								
Chocolates								
Balas e pastilhas								
Café, chá ou leite com açúcar								

D) AUTO-PERCEPÇÃO SAÚDE BUCAL DA MÃE

1. Como você avalia sua saúde bucal? () excelente () boa () regular () ruim () péssima
2. Você tem algum problema com seus dentes? () sim () não
3. Você tem algum problema com suas gengivas? () sim () não

E) OHIP 14

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

1 – Você tem dificuldade para pronunciar algumas palavras ou falar devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

2 – Você sente que seu paladar (sentido do gosto) piorou devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

3 – Você tem sofrido dores na sua boca ou dentes? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

4 – Você sente dificuldade para comer algum alimento devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

5 – Você se sente inibido por causa de seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

6 – Você tem se sentido tenso por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

7 – Sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

8 – Você tem interrompido suas refeições devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

9 – Você sente dificuldade em relaxar devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

10 – Você tem se sentido embaraçado devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

11 – Você tem se sentido irritado com outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

12 – Você tem tido dificuldade de realizar seus trabalhos diários devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

13 – Você tem sentido a vida menos satisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

14 – Você tem se sentido totalmente incapaz de suas obrigações devido a problemas com problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária? () muito freqüente () pouco freqüente () ocasionalmente () quase nunca () nunca

F) EXAME CLÍNICO

Examinador _____ Anotador _____
 Data ___/___/2007

Nome da Gestante _____
 Idade _____ anos Gestação: _____ meses _____ semanas

Realização do exame

<p>EDENTULISMO</p> <p>15-19, 35-44 e 65-74 anos</p> <p>USO DE PRÓTESE</p> <p>Sup Inf</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NECESSIDADE DE PRÓTESE</p> <p>Sup Inf</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>ANORMALIDADES DENTOFACIAIS</p> <p>DAI (12 e 15-19 anos)</p> <p>DENTIÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de I,C, e PM perdidos</p> <p>ESPAÇO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Apinhamento na região de incisivos Espaçamento na região de incisivos Diastema em milímetros Desalinhamento maxilar anterior em mm Desalinhamento mandibular anterior em mm</p> <p>OCCLUSÃO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ovejet maxilar anterior em mm Ovejet mandibular anterior em mm Mordida aberta vertical anterior em mm Relação molar ântero-posterior</p>																																																																																																																																					
<p>CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO</p> <p>Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos</p>																																																																																																																																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">18</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">17</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">16</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">15</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">14</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">13</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">11</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">10</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Coroa</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Raiz</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Trat.</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Coroa</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Raiz</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Trat.</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Coroa	<input type="checkbox"/>	Raiz	<input type="checkbox"/>	Trat.	<input type="checkbox"/>	Coroa	<input type="checkbox"/>	Raiz	<input type="checkbox"/>	Trat.	<input type="checkbox"/>																																																																																																						
	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																																																																																																				
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
Raiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
Trat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
Raiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
Trat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
<p>DOENÇA PERIODONTAL</p> <p>CPI</p> <p>17/16 11 26/27</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>47/46 31 36/37</p>	<p>ALTERAÇÕES TECIDO MOLE</p> <p>PIP</p> <p>17/16 11 26/27</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>47/46 31 36/37</p> <p>Todos os grupos etários</p> <p><input type="checkbox"/></p>																																																																																																																																					

Nome da Mãe _____ Data ____/____/20__
 Nome do pai _____
 Município _____ PSF () sim () não
 Nome da criança _____
 Idade ____ meses

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA E HISTÓRICO MÉDICO – NUTRICIONAL (preencher apenas 1 vez)

1. Seu bebê foi amamentado no peito: () no 1º dia do nascimento.
 () a partir do 2º dia
 () a partir do 3º dia
 () não mamou

Quanto tempo demorou para a 1ª mamada? ____hs

PADRÃO ALIMENTAR DA CRIANÇA (preencher todas as vezes)

2. Recordatório alimentar de 24 horas
 Você poderia dizer tudo o que a criança comeu ontem?

Tipo de comida	Frequência de ingestão data:						
	Manhã	Almoço	Tarde	Jantar	Noite	Madrugada	Total
Leite materno							
Leite de vaca adoçado							
Leite de vaca não adoçado							
Leite em pó adoçado							
Leite em pó não adoçado							
Fruta							
Sopa							
Comida							
Pão/bolacha							
Água							
Chá adoçado							
Chá não adoçado							
Suco adoçado							
Suco não adoçado							
Outros líquidos adoçado							
Outros líquidos não adoçado							
Outros (especificar)							

5. Padrão de aleitamento
 () **Aleitamento materno exclusivo** – apenas leite materno
 () **Aleitamento materno predominante** – leite materno + água/ chá/ suco
 () **Aleitamento materno complementar** – leite materno + outros líquidos + alimentos pastosos/ sólidos
 () **Aleitamento artificial**
6. Usa mamadeira? () sim () não Qual a frequência? _____ Período Dia ()
 Noite () Dia e noite ()
7. Hábitos do bebê:
 () chupeta Quanto tempo ao dia? _____ Qual frequência? _____ Período: Dia ()
 Noite () Dia e noite ()

() chupar dedo Quanto tempo ao dia? _____ Qual freqüência? _____ Período Dia ()
 Noite () Dia e noite () () ranger os dentes Quanto tempo ao dia? _____ Qual
 freqüência? _____ Período Dia () Noite () Dia e noite () () nenhum
 () outro _____ Quanto tempo ao dia? _____ Qual freqüência? _____ Período? Dia ()
 Noite () Dia e noite ()

- 8. A criança possui alergia? Sim () Não ()
- 9. Tem ou teve alguma doença respiratória? Sim () Não ()
- 10. Ela baba muito? Sim () Não ()
- 11. Que período isto acontece? Dia () Noite () Dia e noite ()
- 12. Ela ronca a noite? Sim () Não ()
- 13. Respirador bucal? Sim () Não ()

AMAMENTAÇÃO (Preencher conforme o padrão de aleitamento da criança) data:

- 13. Qual foi a principal causa do desmame nas outras gestação (mãe não- primigesta)?

- 14. Por que você resolveu amamentar seu bebê no peito? _____
- 15. Qual o sentimento que você tem ao amamentar seu filho no peito?

- 16. Por quê você resolveu complementar a alimentação do seu bebê (**questão exclusiva para gestantes que complementam a alimentação do bebê**)?

DESMAME (* *somente para bebês sob aleitamento artificial ou que nunca tenham sido amamentados no peito*)

- 17. Por quê você parou de amamentar o seu bebê no peito?

18. PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL DO FILHO PERCEBIDA PELA MÃE

- 1. Como você avalia a saúde bucal de seu filho? () excelente () boa () regular () ruim () péssima
- 2. Ele tem algum problema com seus dentes? () sim () não
- 3. Ele tem algum problema com suas gengivas? () sim () não

19. EXAME CLÍNICO CRIANÇA

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																					
Raiz																					
Trat.																					
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa																					
Raiz																					
Trat.																					