

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CLARISSA BRASIL

ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS MATERNOS E CÁRIE EM
CRIANÇAS DE UM ANO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS

Porto Alegre

2017

CLARISSA BRASIL

ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS MATERNOS E CÁRIE EM
CRIANÇAS DE UM ANO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
de Graduação em Odontologia da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul como requisito parcial para
obtenção para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista

Orientador Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Coorientador Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Brasil, Clarissa

Associação entre fatores psicossociais maternos e cárie em crianças de um ano em um serviço de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre - RS / Clarissa Brasil. -- 2017.

41 f.

Orientador: Fernando Neves Hugo.

Coorientador: Daniel Demétrio Faustino-Silva.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Cárie Dentária. 2. Saúde Bucal. 3. Comportamento Materno. 4. Atenção Primária à Saúde . I. Hugo, Fernando Neves, orient. II. Faustino-Silva, Daniel Demétrio, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos financiadores deste projeto: CNPQ, FAPERGS, UFRGS e SSC/GHC; aos profissionais das Unidades que muito contribuíram para a realização dos exames; a todas as crianças e mães que participaram deste estudo.

Agradeço ao excelente time com quem tive a oportunidade de trabalhar durante estes três anos de pesquisa: colegas Luís Daniel Zanela, Matheus Telöken, Thaíse Grisa, Cibele Pitthan, Cândida Stefen, Késsia Vaz Rosa, Alexandre Baumgarten, Rafaela Rech, Cassiane Brochier, Marla Perazzo e Natália Pegoraro; à Beatriz Colvara, que veio para finalizar com firmeza e delicadeza esse projeto; à Caroline Stein, pela parceria em congressos e protestos; ao coorientador deste trabalho, mentor deste projeto, preceptor de estágio, solucionador de problemas, parceiro de viagens e comemorações Daniel Faustino, por todo aprendizado profissional e humano que transcendeu os muros desta universidade.

Agradeço aos professores desta universidade pela formação nesta profissão maravilhosa, em especial aos da Saúde Coletiva, onde encontrei meus pares e apoio para superar os obstáculos inevitáveis da graduação, em especial meu orientador Fernando Neves Hugo, quem terá sempre minha admiração. Agradeço também ao curso de odontologia noturno (seus idealizadores e defensores), sem o qual eu não teria retornado à graduação.

Por último, gostaria de registrar agradecimento a minha família: minha filha Clara que me ensina tanto diariamente e em quem deposito meus melhores sentimentos – certamente o fato de ser mãe foi um diferencial nas abordagens às mães desta pesquisa; ao Gustavo, meu amado companheiro que fez parte de toda minha trajetória nesta Faculdade; aos meus pais e meu irmão pelo apoio incondicional de sempre.

RESUMO

A Cárie Precoce da Infância – CPI – é uma doença de alta prevalência e severidade que acomete crianças nos primeiros anos de vida, sendo de etiologia multifatorial e complexa. Um dos fatores ainda pouco estudados dessa doença é a condição psicossocial dos cuidadores de crianças totalmente dependentes de cuidados bucais. O objetivo do estudo foi verificar fatores psicossociais maternos e sua associação com cárie em crianças de um ano em serviços de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte (Cárie Zero) desenvolvido no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. A amostra foi composta por 271 mães e seus filhos de 12-15 meses e os dados foram coletados entre 2014 e 2015. Foram analisadas variáveis maternas psicossociais e a prevalência de cárie nos filhos. Utilizou-se o método ICDAS por examinadores treinados e calibrados (*Kappa* mínimo 0,79 intraexaminadores). Análise dos dados: variáveis psicossociais maternas foram testadas individualmente utilizando o teste qui-quadrado de Poisson. Variáveis com $p < 0,20$ foram inseridas em um modelo multivariado de Regressão de Poisson, primeiramente em um modelo bruto. Variáveis com $p < 0,05$ foram inseridas em um modelo final ajustado. A prevalência de cárie foi de 4,06%, (11), e foi associada com menor idade da mãe (RP=0,88; IC=0,79 – 0,99) e com sintomas depressivos maternos de moderados à graves (RP=4,5 IC=1,3 – 18,3). Concluiu-se que mães jovens e com sintomas depressivos de moderados a graves apresentaram maior prevalência de ter um filho com cárie no primeiro ano de vida.

Palavras-chave: Cárie dentária. Saúde bucal. Comportamento materno. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Early Childhood Caries - CPI - is highly prevalent and severe disease that affects children in their first years. It has a multifactorial, complex etiology. The importance of mother depression as a risk indicator of CPI has received little attention. The aim of the study was to verify maternal psychosocial aspects and their association with caries in one year old children in Primary Health Care Services of Porto Alegre. This is a cross-sectional study nested within a cohort (*Cárie Zero*) developed at the Community Health Services of the Conceição Hospital Group. The sample consisted of 271 mothers and their children aged 12-15 months, data were collected between 2014 and 2015. It was analyzed maternal psychosocial variables and prevalence of caries on children. Was used the ICDAS exam, performed by trained and calibrated examiners (*Kappa* minimum 0.79 intra-examiner). Data analysis: psychosocial variables were tested individually using Poisson chi square test. Variables with $p < 0,20$ was included in a multivariate model of Poisson Regression, first in a gross model. Variables with $p < 0,05$ was included in a final adjusted model. There were 11 children with caries, a prevalence of 4.06%. CPI was associated with mother's age (OR=0.88, RI=0.79-0.99) and moderate to severe maternal depressive symptoms (OR=4,5 RI=1.3-18.3) in the multivariate analysis. It was concluded that young mothers with depressive symptoms are more likely to have a child with caries in the first year of life.

Keywords: Dental caries. Oral health. Maternal behavior. Primary Health Center.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
BDI	Beck Depression Inventory
BAI	Beck Anxiety Inventory
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CPI	Cárie Precoce da Infância
CPOS	Centro de Pesquisa em Odontologia Social
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
ICDAS	International Caries Detection And Assessment System
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis de conjuntura social materna com desfecho prevalência de cárie na criança, usuários de APS pertencentes ao SSC-GHC, Porto Alegre/Brasil, 2014-2015. N= 271.....	19
Tabela 2 - Análise Multivariada para desfecho cárie em crianças pertencentes ao SSC-GHC, Porto Alegre, Brasil, 2014-2015. N=271.....	20

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	ARTIGO CIENTÍFICO	12
3	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	28
	ANEXO A – ODONTOGRAMA	31
	ANEXO B – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK	32
	ANEXO C – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK	37
	ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	38
	ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	40

1 INTRODUÇÃO

A cárie ainda é uma doença muito prevalente na população em geral, e em especial nas crianças, ocorrendo principalmente nas mais vulneráveis econômica e socialmente. Embora as pesquisas em odontologia tenham avançado substancialmente nos estudos sobre o assunto, a cárie ainda é considerada a doença crônica mais comum da infância (LOSSO, 2009), sendo cinco vezes mais prevalente que a asma e sete vezes mais que a rinite alérgica (RETNAKUMARI, 2012). Os Resultados Principais do Projeto SB Brasil de 2003 apresentam uma alta prevalência de cárie em crianças de 18-36 meses em todas as regiões do Brasil¹.

Para fins de classificação, a *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) definiu *cárie precoce da infância* como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos devido à cárie ou restaurados antes dos 6 anos; e *cárie severa da infância* como qualquer sinal de cárie em crianças menores de 3 anos ou uma ou mais lesões cavitadas em dentes antero-posteriores em menores de 5 anos ou ceo-s ≥ 4 para crianças de até 3 anos; ceo-s ≥ 5 para crianças até 4 anos; ceo-s ≥ 6 para crianças até 5 anos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2017).

Considerada uma doença crônica multifatorial, a cárie e seus principais determinantes têm sido estudados em pesquisas acadêmicas com o objetivo de desvendar cada vez melhor suas causas e propor ações coletivas para combatê-la. A definição da doença, bem como sua formação e progressão têm sido estudadas a fim de melhorar a prevenção e o tratamento. Além de considerar dados clínicos e microbiológicos, o nível socioeconômico, a orientação sobre saúde bucal e as condições de dieta também devem ser analisados (CORTELLI et al., 2004). A exposição ao flúor, o controle da dieta cariogênica e o maior acesso aos serviços de saúde são fatores que levaram ao declínio na sua severidade e prevalência. Os estudos de Feldens et al. (2010) elegem como os principais fatores de risco para a cárie precoce da infância: baixa renda e baixa escolaridade materna; aleitamento ou mamadeira prolongado por mais de 12 meses; frequência de sacarose; higiene bucal ausente ou não exposição ao flúor; placa visível em dentes ântero-superiores; defeitos de esmalte; níveis elevados de *s. mutans*.

¹ Distribuição percentual da prevalência de cárie medida pelo CEO em crianças de 18 a 36 meses: Região Sul 26,53%; Região Centro Oeste 20,71%; Região Sudeste 23,23%; Região Nordeste 26,91%; Região Norte 31,83% (BRASIL, 2004)

Como estratégia de enfrentamento desse problema, a Atenção Primária deve oferecer cuidado precoce e propor medidas educativo-preventivas na promoção da saúde bucal dessa faixa etária. A Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças deva ser realizado até os 6 meses de idade e integrado ao cuidado de saúde geral da criança (BRASIL, 2008). O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre - RS estabelece em seu Protocolo de Saúde da Criança que a primeira consulta odontológica ocorra durante seu primeiro ano de vida. Em relação à escovação, a orientação dos profissionais é a de que os cuidadores devam realizá-la diariamente nas crianças após a erupção dos primeiros dentes decíduos, com escova dental macia, com dentifrício fluoretado da família, que contenha concentração mínima de 1000 ppmF, na quantidade equivalente a “um grão de arroz cru” (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial da Saúde classifica os determinantes sociais da saúde como sendo as condições sociais, econômicas, culturais, étnicas/raciais, psicológicas e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997; LUZ, 2014). Para Almeida et al. (2012), a escolaridade, conhecimento, crenças, saúde física e mental do cuidador afetam sua capacidade de fornecer os cuidados necessários para o desenvolvimento da criança. Transtornos mentais comuns como insônia, irritabilidade, fadiga, esquecimento e dificuldade de concentração, podem diminuir sua capacidade funcional, reduzindo a qualidade dos cuidados com a criança. Alguns autores acreditam que mães deprimidas “[...] expressam mais insatisfação associada a criança, são mais hostis, menos afetuosas, comunicativas e habilidosas no trato com o bebê.” (TETI; GELFAND, 1997).

Foram encontrados estudos que procuraram verificar a associação entre aspectos depressivos e cárie. Souza et al. (2006) concluíram que existe associação entre disfunção familiar, caracterizado por depressão materna e alcoolismo na família, e a ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. Nos estudos de Hugo et al. (2012), concluiu-se que sintomas depressivos podem agir como determinantes da cárie em idosos. Luz (2014) propôs um modelo teórico sobre a cárie precoce, e entre seus objetivos estava a avaliação da depressão materna e a ocorrência de cárie nos filhos. Em seu trabalho, no entanto, não foi encontrada essa associação, embora a própria autora faça ressalvas sobre os cuidados que a mãe psicologicamente saudável dedica ao seu bebê em contraponto aos cuidados de mães deprimidas. Em artigo publicado recentemente, Pinto et al. (2017) avaliaram mães adolescentes e encontraram associação entre cárie em seus filhos de 2 e 3 anos com as variáveis depressão e estado conjugal.

O presente trabalho soma-se a esses estudos e acrescenta análise de cárie em crianças com um ano e fatores psicossociais que possam estar contribuindo para seu desenvolvimento. A Atenção Primária à Saúde tem como um de seus pressupostos o olhar ampliado a família e às condições sociais dos indivíduos. Na consulta odontológica, esse olhar deve ser estabelecido no primeiro contato do profissional com a criança, inserindo-a na lógica de cuidados da família, no sentido de compreender e orientar sempre buscando fornecer autonomia aos usuários.

O objetivo do presente trabalho foi verificar se fatores psicossociais maternos, em especial sintomas depressivos, apresentaram associação com cárie precoce em crianças de um ano em serviços de Atenção Primária de Porto Alegre.

2 ARTIGO CIENTÍFICO

Resumo

A Cárie Precoce da Infância – CPI – é uma doença de alta prevalência e severidade que acomete crianças nos primeiros anos de vida, sendo de etiologia multifatorial e complexa. Um dos fatores ainda pouco estudados dessa doença é a condição psicossocial dos cuidadores de crianças totalmente dependentes de cuidados bucais. O objetivo do estudo foi verificar fatores psicossociais maternos e sua associação com cárie em crianças de um ano em serviços de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte (Cárie Zero) desenvolvido no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. A amostra foi composta por 271 mães e seus filhos de 12-15 meses e os dados foram coletados entre 2014 e 2015. Foram analisadas variáveis maternas psicossociais e a prevalência de cárie nos filhos. Utilizou-se o método ICDAS por examinadores treinados e calibrados (*Kappa* mínimo 0,79 intraexaminadores). Análise dos dados: variáveis psicossociais maternas foram testadas individualmente utilizando o teste qui-quadrado de Poisson. Variáveis com $p < 0,20$ foram inseridas em um modelo multivariado de Regressão de Poisson, primeiramente em um modelo bruto. Variáveis com $p < 0,05$ foram inseridas em um modelo final ajustado. A prevalência de cárie foi de 4,06%, (11), e foi associada com menor idade da mãe (RP=0,88; IC=0,79 – 0,99) e com sintomas depressivos maternos de moderados à graves (RP=4,5 IC=1,3 – 18,3). Concluiu-se que mães jovens e com sintomas depressivos de moderados a graves apresentaram maior prevalência de ter um filho com cárie no primeiro ano de vida.

Palavras-chave: Cárie Dentária. Saúde Bucal. Comportamento Materno. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Early Childhood Caries - CPI - is highly prevalent and severe disease that affects children in their first years. It has a multifactorial, complex etiology. The importance of mother depression as a risk indicator of CPI has received little attention. The aim of the study was to verify maternal psychosocial aspects and their association with caries in one year old children in Primary Health Care Services of Porto Alegre. This is a cross-sectional study nested within a cohort (*Cárie Zero*) developed at the Community Health Services of the Conceição Hospital Group. The sample consisted of 271 mothers and their children aged 12-15 months, data were

collected between 2014 and 2015. It was analyzed maternal psychosocial variables and prevalence of caries on children. Was used the ICDAS exam, performed by trained and calibrated examiners (*Kappa* minimum 0.79 intra-examiner). Data analysis: psychosocial variables were tested individually using Poisson chi square test. Variables with $p < 0,20$ was included in a multivariate model of Poisson Regression, first in a gross model. Variables with $p < 0,05$ was included in a final adjusted model. There were 11 children with caries, a prevalence of 4.06%. CPI was associated with mother's age (OR=0.88, RI=0.79-0.99) and moderate to severe maternal depressive symptoms (OR=4,5 RI=1.3-18.3) in the multivariate analysis. It was concluded that young mothers with depressive symptoms are more likely to have a child with caries in the first year of life.

Keywords: Dental Caries. Oral Health. Maternal Behavior. Primary Health Center.

Introdução

A cárie ainda é uma doença muito prevalente na população em geral, e em especial nas crianças, ocorrendo principalmente nas mais vulneráveis econômica e socialmente. Embora as pesquisas em odontologia tenham avançado substancialmente nos estudos sobre o assunto, a cárie ainda é considerada a doença crônica mais comum da infância (LOSSO, 2009), sendo cinco vezes mais prevalente que a asma e sete vezes mais que a rinite alérgica (RETNAKUMARI, 2012). Os Resultados Principais do Projeto SB Brasil de 2003 apresentam uma alta prevalência de cárie em crianças de 18-36 meses em todas as regiões do Brasil².

Para fins de classificação, a *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) definiu *cárie precoce da infância* como a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos devido à cárie ou restaurados antes dos 6 anos; e *cárie severa da infância* como qualquer sinal de cárie em crianças menores de 3 anos ou uma ou mais lesões cavitadas em dentes antero-posteriores em menores de 5 anos ou ceo-s ≥ 4 para crianças de até 3 anos; ceo-s ≥ 5 para crianças até 4 anos; ceo-s ≥ 6 para crianças até 5 anos (AAPD, 2017).

Considerada uma doença crônica multifatorial, a cárie e seus principais determinantes têm sido estudados em pesquisas acadêmicas com o objetivo de desvendar cada vez melhor suas causas e propor ações coletivas para combatê-la. A definição da doença, bem como sua

² Distribuição percentual da prevalência de cárie medida pelo CEO em crianças de 18 a 36 meses: Região Sul 26,53%; Região Centro Oeste 20,71%; Região Sudeste 23,23%; Região Nordeste 26,91%; Região Norte 31,83% (BRASIL, 2004)

formação e progressão têm sido estudadas a fim de melhorar a prevenção e o tratamento. Além de considerar dados clínicos e microbiológicos, o nível socioeconômico, a orientação sobre saúde bucal e as condições de dieta também devem ser analisados (CORTELLI et al., 2004). A exposição ao flúor, o controle da dieta cariogênica e o maior acesso aos serviços de saúde são fatores que levaram ao declínio na sua severidade e prevalência. Os estudos de Feldens et al. (2010) elegem como os principais fatores de risco para a cárie precoce da infância: baixa renda e baixa escolaridade materna; aleitamento ou mamadeira prolongado por mais de 12 meses; frequência de sacarose; higiene bucal ausente ou não exposição ao flúor; placa visível em dentes ântero-superiores; defeitos de esmalte; níveis elevados de *s. mutans*.

Como estratégia de enfrentamento desse problema, a Atenção Primária deve oferecer cuidado precoce e propor medidas educativo-preventivas na promoção da saúde bucal dessa faixa etária. A Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que o acesso à saúde bucal das crianças deva ser realizado até os 6 meses de idade e integrado ao cuidado de saúde geral da criança (BRASIL, 2008). O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre - RS estabelece em seu Protocolo de Saúde da Criança que a primeira consulta odontológica ocorra durante seu primeiro ano de vida. Em relação à escovação, a orientação dos profissionais é a de que os cuidadores devam realizá-la diariamente nas crianças após a erupção dos primeiros dentes decíduos, com escova dental macia, com dentifrício fluoretado da família, que contenha concentração mínima de 1000 ppmF, na quantidade equivalente a “um grão de arroz cru” (BRASIL, 2014. p. 133-134).

A Organização Mundial da Saúde classifica os determinantes sociais da saúde como sendo as condições sociais, econômicas, culturais, étnicas/raciais, psicológicas e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (WHO, 1997; LUZ, 2014). Para Almeida et al. (2012), a escolaridade, conhecimento, crenças, saúde física e mental do cuidador afetam sua capacidade de fornecer os cuidados necessários para o desenvolvimento da criança. Transtornos mentais comuns como insônia, irritabilidade, fadiga, esquecimento e dificuldade de concentração, podem diminuir sua capacidade funcional, reduzindo a qualidade dos cuidados com a criança. Alguns autores acreditam que mães deprimidas “[...] expressam mais insatisfação associada a criança, são mais hostis, menos afetuosas, comunicativas e habilidosas no trato com o bebê.” (TETI; GELFAND, 1997).

Foram encontrados estudos que procuraram verificar a associação entre aspectos depressivos e cárie. Souza et al. (2006) concluíram que existe associação entre disfunção familiar, caracterizado por depressão materna e alcoolismo na família, e a ocorrência de cárie

dentária em crianças de dois e três anos de idade. Nos estudos de Hugo et al. (2012), concluiu-se que sintomas depressivos podem agir como determinantes da cárie em idosos. Luz (2014) propôs um modelo teórico sobre a cárie precoce, e entre seus objetivos estava a avaliação da depressão materna e a ocorrência de cárie nos filhos. Em seu trabalho, no entanto, não foi encontrada essa associação, embora a própria autora faça ressalvas sobre os cuidados que a mãe psicologicamente saudável dedica ao seu bebê em contraponto aos cuidados de mães deprimidas. Em artigo publicado recentemente, Pinto et al. (2017) avaliaram mães adolescentes e encontraram associação entre cárie em seus filhos de 2 e 3 anos com as variáveis depressão e estado conjugal.

O presente trabalho soma-se a esses estudos e acrescenta análise de cárie em crianças com um ano e fatores psicossociais que possam estar contribuindo para seu desenvolvimento. A Atenção Primária à Saúde tem como um de seus pressupostos o olhar ampliado a família e às condições sociais dos indivíduos. Na consulta odontológica, esse olhar deve ser estabelecido no primeiro contato do profissional com a criança, inserindo-a na lógica de cuidados da família, no sentido de compreender e orientar sempre buscando fornecer autonomia aos usuários.

Objetivo

O objetivo do presente trabalho foi verificar se fatores psicossociais maternos, em especial sintomas depressivos, apresentaram associação com cárie precoce em crianças de um ano em serviços de Atenção Primária de Porto Alegre.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, aninhado a uma coorte (*Cárie Zero*) desenvolvida entre 2013 e 2017. Os dados deste trabalho referem-se ao primeiro ano da coorte. A amostra foi composta por 271 mães e seus filhos de 12 a 15 meses.

A população da pesquisa foi crianças de um ano e suas mães usuários do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, SSC-GHC, no município de Porto Alegre- RS. O SSC/GHC é composto por doze Unidades de Saúde localizadas na Zona Norte de Porto Alegre-RS, região de periferia da cidade, caracterizada por grande contingente populacional e majoritariamente de baixa renda. Foram realizados exames e entrevistas nas 12 Unidades: US Conceição, US Floresta, US Divina Providência, US SESC, US Barão de Bagé,

US Leopoldina, US Parque dos Maias, US Jardim Itu, US Santíssima Trindade, US Nossa Senhora Aparecida, US Coinma, US Costa e Silva. Foi realizado um agendamento prévio com a mãe na sua respectiva Unidade (todas as unidades participaram). Foram excluídas do estudo crianças portadoras de síndromes, que necessitassem cuidados especiais de saúde, ou que necessitassem de medicação que pudesse interferir na sua condição bucal. Também não foram incluídos os dados de crianças cujo questionário não foi respondido pela mãe, por motivos como: falecimento, não presença na vida do filho, incapacidade cognitiva.

Na mãe foi aplicado um questionário sócio-econômico e psicológico. Foram analisados os seguintes dados da mãe: raça/cor da pele, idade, sintomas depressivos e de ansiedade, renda, se tem ou teve o benefício do Programa Bolsa Família, estado conjugal, número de filhos, escolaridade e se a criança frequentava creche. Para verificação de sintomas de depressão e ansiedade, foram aplicados os Inventários de Beck, um dos instrumentos mais reconhecidos e utilizados para verificação destes sintomas por profissionais da saúde, uma vez que foi proposto para medir as manifestações comportamentais de forma objetiva. O Inventário de Depressão de Beck (BDI) consiste em 21 questões, contendo quatro afirmações, onde deve ser selecionada aquela que mais se adequa àquele momento da vida (ANEXO B). O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) consiste na apresentação de 21 sintomas de ansiedade, entre os quais a mãe deveria identificar seu aparecimento – de forma leve, moderada ou grave – naquele momento de sua vida, ou seja, um ano após o nascimento de seu filho (ANEXO C).

Na criança foi realizado exame bucal de cárie. A cárie foi registrada através dos critérios do ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) (ISMAIL et al., 2007; SHOAIIB et al., 2009) que, para fins de análises foi transformado no índice ceo-d recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997) modificado, incluindo lesões iniciais de manchas brancas. Foram encontrados na literatura outros trabalhos que utilizaram esta forma de avaliação (ceo-d modificado), para exame de cárie em crianças de um ano. No Quadro 1, elaborado a partir da revisão apresentada em Barros et al. 2001, podemos ver a porcentagem de crianças com cárie em diferentes estudos onde os primeiros usaram o índice Ceo-d e os últimos Ceo-d modificado:

Quadro 1 - Estudos de prevalência de cárie em crianças de um ano

Autor	Idade da criança	N de crianças	% com cárie
WENDT <i>et. al.</i> (1991)	12 meses	632	0,5*
HARRISON <i>et. al.</i> (1997)	<18 meses	21	0*
BÖNECKER <i>et. al.</i> (1997)	0-12 meses	157	8,92**
BARROS <i>et. al.</i> (2001)	0-12 meses	19	25**

Fonte: adaptado de Barros et al. (2001)

*Não incluíram manchas brancas

**Consideraram manchas brancas ativas como cárie

Existem controvérsias quanto à inclusão das lesões de mancha branca nos levantamentos epidemiológicos, uma vez que são passíveis de remineralização e podem distorcer resultados. Entretanto, este tipo de exame é um indicativo importante para diagnóstico precoce da doença, uma vez que são lesões incipientes, características da faixa etária estudada. A opção por incluir essas lesões deu-se também pela implantação de medidas preventivas nas Unidades de Saúde onde foi realizado o estudo, já que as crianças diagnosticadas com cárie foram encaminhadas à consulta odontológica na Unidade.

A coleta de dados foi realizada por um grupo de seis examinadores externos treinados e calibrados para as intervenções. A calibração se deu em duas etapas, com intervalo de uma semana, utilizando dentes esfoliados e/ou extraídos conforme metodologia descrita por Cleaton-Jones et al. (1989), utilizado e validado por outros estudos (BÖNECKER et al., 2002; GRADELLA et al., 2007; PIOVESAN et al., 2013). Os resultados da calibração foram analisados pelo coeficiente *Kappa*, com média de valor intra-examinador de 0,83 (variando de 0,79 a 0,91) e média de valor inter-examinador de 0,81 (variando de 0,75 a 0,86). Os dados do exame bucal foram anotados em um odontograma (ANEXO A).

A existência de diferença na prevalência do desfecho em relação às variáveis independentes foi inicialmente testada utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson, ou teste Exato de Fisher, quando necessário. As variáveis que apresentaram um valor $p < 0,20$ em análises de regressão de Poisson bivariada foram inseridas em um modelo multivariado de Regressão de Poisson com variância robusta para controle de fatores confundidores. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sob número de CEP: 13-063 e Plataforma Brasil CAAE: nº 26100013.0.0000.5530 (ANEXO D), comprometendo-se os autores com os preceitos éticos das declarações universais e regulamentação do país (Resolução CNS 466/12). As mães ou responsáveis das crianças assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO E) autorizando a participação no estudo. Todas as necessidades de tratamento clínico identificadas foram encaminhadas às próprias unidades de saúde do SSC/GHC às quais as crianças e famílias estavam cadastradas.

A coleta de dados foi feita na unidade de saúde após prévio agendamento. O contato foi feito por telefone, após identificação e explicação da pesquisa. Os dados pessoais dos participantes estão garantidos por sigilo, evitando constrangimentos ou prejuízos aos sujeitos da pesquisa, bem como os dados coletados, os quais terão a garantia de anonimato. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa, sendo guardados em arquivo por cinco anos todos os seus documentos e destruídos após esse período.

Restultados

O número de crianças examinadas com idade entre 12 e 15 meses foi de 309. Após as exclusões, o número final contabilizado para este estudo foi de 271 crianças examinadas e questionários aplicados às suas mães, equivalendo a 87,7% do N total. Das 271 crianças examinadas com um ano, 11 delas apresentaram prevalência de cárie, representando 4,06% da amostra.

Primeiramente foi realizado a análise de cada variável individualmente com o desfecho “prevalência de cárie” (Tabela 1). Observamos que houve relação estatisticamente significativa entre três variáveis: raça/cor da pele da mãe, sendo que mães de raça/cor da pele *não branca* tiveram maior prevalência de ter filho com cárie ao primeiro ano; idade da mãe, onde mães cujos filhos tinham cárie tiveram média de idade significativamente menor ($21,8 \pm 4,6$) vs. ($29,8 \pm 8,8$); e sintomas depressivos maternos, onde mães com sintomas de moderados a graves apresentaram maior prevalência de filhos com cárie do que mães com sintomas entre mínimos e leves (Tabela 1).

As variáveis escolaridade materna, criança estar ou não na creche, estado conjugal, número de filhos, renda familiar e sintomas de ansiedade materna não apresentaram associação com o desfecho estudado.

Tabela 1 - Variáveis de conjuntura social materna com desfecho prevalência de cárie na criança, usuários de APS pertencentes ao SSC-GHC, Porto Alegre/Brasil, 2014-2015. N= 271

VARIÁVEIS		Prevalência de cárie		P
		Ausente	Presente	
Raça/ cor da pele da mãe	Branca	98,4% (N=182)	1,62% (N=3)	0,008
	Não Branca	90,6% (N=77)	9,4% (N=8)	
Idade da mãe (em anos)		29,8 (N=258) [±8,8]	21,8 (N=11) [±4,6]	0,008
Renda	Até R\$ 1800,00	93,4% (N=128)	6,6% (N=9)	0,06
	R\$1800,00 ou +	98,5% (N=131)	1,5% (N=2)	
Bolsa Família	Tem ou já teve	92,4% (N=61)	7,6% (N=5)	0,11
	Não tem	97% (N=192)	3% (N=6)	
Estado conjugal da mãe	Casada	97% (N=194)	3% (N=6)	0,138
	Não Casada	93% (N=66)	7% (N=5)	
Escolaridade da Mãe	Ensino Fundamental	93,8% (N=75)	6,3% (N=5)	0,443
	Ensino Médio	97,2% (N=141)	2,8% (N=4)	
	Superior/Pós Graduação	95,6% (N=43)	4,4% (N=2)	
Criança frequente creche	SIM	95,5% (N=193)	4,5% (N=9)	0,736
	NÃO	97,1% (N=66)	2,9% (N=2)	
Número de Filhos		1,8 (N=259) [±1,0]	1,8 (N=11) [±0,9]	0,93
Sintomas de ansiedade materna	Mínimo a Leve	97,3% (N= 182)	2,7% (N= 5)	0,085
	Moderado a Grave	92,9% (N=78)	7,1% (N=6)	
Sintomas Depressivos Maternos	Mínimo a Leve	98,1% (N= 204)	2,7% (N=4)	0,008
	Moderado a Grave	92,9% (N=56)	7,1% (N=7)	

Os resultados das análises multivariadas estão apresentados na Tabela 2. Sintomas depressivos maternos mantiveram-se estatisticamente significativos quando ajustados ao modelo. Mães com sintomas depressivos entre moderados e graves apresentaram 4,5 vezes maior prevalência de ter filho com cárie no primeiro ano de vida (IC de 95% 1,3 a 18,3). Idade da mãe manteve-se como variável de significância estatística no modelo ajustado. Verificou-se que a idade materna é fator de proteção (PR=0,88, IC de 95% 0,79 a 0,99), sendo que o aumento da idade materna em um ano, a criança tem 12% menor prevalência de cárie ao primeiro ano de vida.

Tabela 2 - Análise Multivariada para desfecho cárie em crianças pertencentes ao SSC-GHC, Porto Alegre, Brasil, 2014-2015. N=271.

Variáveis	Categorias	Modelo Bruto	p	Modelo Ajustado	p
		RP (Lower – Higher)		RP (Lower – Higher)	
Raça/ cor da pele da mãe	Branca	-----	0,008	-----	0,07
	Não Branca	6,3 (1,6 a 24,4)		3,81 (0,9 – 16,2)	
Idade da mãe	Em anos	0,84 (0,74 – 0,94)	0,003	0,88 (0,79 – 0,99)	0,03
Renda	Até 1800	4,6 (0,98 a 21,7)	0,05		
	>1800	----			
Bolsa Família	Sim	2,62 (0,77 a 8,9)	0,12		
	Não	----			
Estado Conjugal	Casada	---	0,15		
	Não Casada	2,45 (0,7 a 8,3)			
Sintomas de Ansiedade	Mínimo a Leve	-----	0,097		

Maternos	Moderado a Grave	2,8 (0,83 a 9,4)	
Sintomas depressivos Maternos	Mínimo a Leve	-----	-----
		0,004	0,02
Maternos	Moderado a Grave	6,4 (1,8 – 22,56)	4,5 (1,3 – 18,3)

Discussão

Os dados do presente estudo sugerem que mães jovens e com sintomas depressivos entre moderados e graves apresentaram maior prevalência de ter filhos com presença de cárie. Mães jovens geralmente exibem menos cuidados com sua própria saúde, sendo a gravidez na adolescência o reflexo de um comportamento considerado prejudicial para a própria saúde dos jovens (PINTO et al., 2017). Variáveis psicossociais maternas são indicadores importantes no desenvolvimento de cáries em crianças, essencialmente devido à influência que a mãe tem sobre o filho (PINTO, 2017; PINTO, 2016; DE CASTILHO, 2013; LOSSO, 2009; SOUZA, 2006; SCHWENGBER, 2003; BARROS, 2001).

Estudo realizado em Pelotas-RS avaliou mães adolescentes e seus filhos de 24 e 36 meses, e encontrou associação entre cárie precoce nas crianças e episódios depressivos maternos e estado conjugal materno; mães depressivas e sem parceiro apresentaram mais prevalência de cárie nos filhos (PINTO et al., 2017). Souza et al. (2006) concluíram em seu estudo que existe associação entre disfunção familiar, resultante da presença de sintomas de depressão da mãe e/ou caso de alcoolismo na família, e a ocorrência de cárie em crianças de dois e três anos. Frizzo e Piccinini (2005) realizaram filmagens de bebês de 3 a 6 meses na interação face a face com suas mães e com um estranho. Os autores avaliaram o comportamento dos bebês através de uma escala de medida de interação. Os bebês de mães deprimidas demonstraram uma interação mais pobre não só com suas mães, mas também quando interagiram com estranhos (FRIZZO; PICCININI, 2005). Entendendo que a criança de um ano depende totalmente de cuidadores, o estabelecimento do vínculo materno pode ser essencial para a saúde da criança como um todo, e da saúde bucal especificamente.

No BDI, utilizado neste estudo, é possível identificar sintomas como: irritabilidade, choro frequente, sentimento de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação,

desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, e suicídio. Estes sintomas são apontados por Schwengber et al. (2003) quando elencam as características da depressão pós-parto, que pode ser caracterizada ao longo do primeiro ano de vida do bebê, e não somente nas primeiras semanas, e que ela afeta a qualidade da interação mãe-bebê, especialmente no que se refere ao prejuízo na responsividade materna. As mães avaliadas em nosso estudo tinham filhos com idade entre 12 e 15 meses, ainda muito dependentes de cuidadores adultos, algumas ainda em aleitamento materno. Assim, as mães do nosso estudo com sintomas depressivos podem ser percebidas no processo de “depressão pós-parto”, e a qualidade da sua interação com os filhos pode ser afetada negativamente.

Em lugares de baixas condições econômicas, a mãe acaba sendo a principal cuidadora de seus filhos, e esse papel interfere fundamentalmente no comportamento para a saúde bucal da criança (PINTO, 2017). Além disso, a saúde mental da mãe é importante para a promoção de cuidados relacionados com fatores moduladores da cárie, isto é, a adoção de dieta saudável, o controle do açúcar nos primeiros anos, chupetas adocicadas, entre outros hábitos nocivos que às vezes são introduzidos por outros integrantes do núcleo familiar da criança. Essas escolhas, não raramente, recaem sobre a mãe, e requerem decisões firmes e apoio daqueles que lhe são próximos e de um estado psicológico positivo para manter este propósito (SOUZA et al., 2006).

As variáveis renda familiar e escolaridade materna não apresentaram significância estatística em nosso estudo, ao contrário do que nos diz a literatura (ALMEIDA, 2013). Isso pode ser explicado porque esta coorte não é uma amostra populacional, e a semelhança na baixa escolaridade e na baixa renda (pouca desigualdade social) poderia explicar a falta de associação. O mesmo podemos inferir das famílias que recebem ou receberam o benefício do Programa Bolsa Família: não houve diferença estatística, para a saúde bucal da criança de um ano, se a família pertencia a faixa econômica *baixa* ou *muito baixa*.

O estado conjugal da mãe foi outra variável que não teve significância estatística em nosso estudo, porém encontramos na literatura um estudo que apresentou essa relação. Pinto et al. (2016) avaliaram mães adolescentes (de idades entre 11 e 19 anos) de crianças de 24-42 meses, e encontraram associação entre o estado conjugal das mães e cárie nos filhos: mães vivendo sem parceiro apresentaram 60% maior prevalência de ter filho com cárie do que mães que viviam com parceiros. Uma explicação possível para a diferença nos resultados dos dois estudos pode ser a discrepância na faixa etária das mães entre os estudos, e também os programas de cuidado específicos para a criança, desenvolvidos no SSC/GHC, inclusive para

saúde bucal, com foco na vigilância em saúde (BRASIL, 2014). Sintomas de ansiedade e número de filhos não foram significativos para este estudo.

Em relação às limitações do estudo, podemos relacionar a representatividade e a causalidade reversa. A população estudada não representa uma amostra da população brasileira, e, portanto, nossas conclusões não podem ser projetadas para outros cenários, mas sim para populações semelhantes. A causalidade reversa pode ocorrer em estudos transversais, uma vez que estamos mensurando o desfecho *cárie* com a variável *depressão*, podendo apresentar este limite.

Conclusão

Mães jovens e com sintomas depressivos apresentam maior chance de ter filhos com cárie ao primeiro ano, corroborando com a literatura sobre o assunto e as hipóteses iniciais deste estudo. A depressão é uma doença cada vez mais preocupante nos ambientes de saúde. Trabalhos acadêmicos, bem como práticas clínicas, comprovam sua influência na saúde geral do indivíduo. Sujeitos depressivos tendem a realizar o auto-cuidado de maneira menos eficiente do que não depressivos.

O apoio psicossocial é uma das orientações do SUS. Inserido nesse contexto, a Conferência Municipal de Porto Alegre de 2015 orientou suas ações para o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossociais, CAPS, que são pontos da Rede de Atenção Psicossocial na atenção especializada, de caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, que realizam atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, e a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral (BRASIL, 2017). Durante a coleta de dados deste trabalho, quando foi detectado indicativo de sintomas depressivos de moderados a graves nas mães entrevistadas, foi ofertado este serviço nas Unidades do SSC/GHC.

Entendendo a depressão materna como um problema de saúde, tanto para a mãe quanto para seu filho, e seus complexos fatores associados, o cirurgião-dentista pode atentar a tais comportamentos nas mães, identificar situações que possam contribuir para o agravamento da cárie, podendo, desta forma, realizar outras abordagens e orientações. A contribuição que este trabalho se propõe a fazer é retirar ou diminuir a culpabilização das mães pela saúde bucal de seu filho quando condições depressivas podem fazer parte do cenário complexo que compõe os determinantes sociais da saúde e propor um olhar ampliado à família e não somente à criança.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. Reference Manual 206/2017; 38(6): 52-54.

ALMEIDA, T. F. et al. Family context and incidence of dental caries in preschool children living in areas covered by the Family Health Strategy in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, no. 6, p. 1183-1195, june. 2012.

ARDENGHI, T.M.; PIOVESAN, C; ANTUNES, J. L. F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, supl. 3, p. 129-137, dez. 2013

BÖNECKER, M.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v.12, p.183–188, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Brasília. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12609-caps>. Acesso em: 14 junho 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Organização Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica n. 17**. Brasília, 2008.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Revista CEFAC**. São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1119-1126, nov./dez. 2011.

CLEATON-JONES, P. et al. Dental caries diagnosis calibration for clinical field surveys. **Caries Research**, New York, v. 23 p.195-199, 1989.

CORTELLI, S.C. et al. Fatores de risco a cárie e CPOd em crianças com idade escolar, **Ciência Odontológica Brasileira**, São José dos Campos, v. 7, n. 4, p. 75-82, abr./jun. 2004.

D´AVILA, OP; WENDLAND, E; HIGERT, JB; HUGO, FN; Association between Root Caries and Depressive Symptoms among Elders in Carlos Barbosa, RS, Brazil. **Brasilian Dental Journal**, 2017; 28(2): 234-240.

DE CASTILHO A.R. et. al. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, p.116-23, 2013.

FAUSTINO-SILVA, D.D. et. al. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças de um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 357-359, out/dez. 2008.

FAUSTINO-SILVA, D.D.; BRUNETTO, S.; MACHADO, A.P. Relato de experiência de atendimento conjunto entre Odontologia e Nutrição a crianças de 0 a 36 meses em uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre-RS. **Revista Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 52, n. 1/3, p. 49-55, jan./dez. 2011.

FEITOSA, S.; COLARES, V. As repercussões da Cárie Precoce na Infância na Qualidade de vida de Pré-escolares. **Revista Ibero-americana de Odontopediatria e Odontologia para Bebê**. Curitiba, v. 34, n. 6, p. 542-548, 2003.

FELDENS, C.A. et al. Teething symptoms in the first year of life and associated factors: a cohort study. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Birmingham, v. 34, p. 201-206, 2010.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, abr. 2010.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p.47-55, jan/abr 2005.

GRADELLA, C.M.F. et al. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.55, n.4, p.329-334, 2007.

HUGO, F.N. et al. Depressive symptoms and untreated dental caries in older independently living south brazilians. **Caries Research**, New York, v. 46 p.376-384, 2012.

ISMAIL, A.I. et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.35, p.170-8, 2007.

LOSSO E.M., et. al., Severe early childhood caries: an integral approach. **Jornal de Pediatria** Rio de Janeiro, v.85 n.4, p.295-300, 2009.

LUZ, P. B. **Cárie precoce da infância**: influência de variáveis sociais, psicológicas e comportamentais. 2014. 71f. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MISRA S.; TAHMASSEBI J.; BROSMAN M. Early childhood caries - a review. **Dental Update**, London, v.34, no.9, p.556-558, 2007.

PAULETO, A.R.C; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.121-130, 2004.

PINTO G.S. et. al. Maternal care influence on children's caries prevalence in southern Brazil. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v.30 n.1, p.1-8, 2016.

PINTO G.S. et. al. Maternal depression increases childhood dental caries: a cohort study in Brazil. **Caries Research**, New York, v. 51, p.17-25, 2017.

PIOVESAN, C. et al. Laboratorial training of examiners for using a visual caries detection system in epidemiological surveys. **BMC Oral Health**, London, v.13, n.49, 2013.

PRADO, J. S. et al. Dental condition and oral hygiene habits in school children. **Revista Biociência**, Taubaté, v. 7, no. 1, p. 63-69, jan./jun. 2001.

PRAKASH, P. et al. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: a cross-sectional study. **European Journal of Dentistry**, Ankara, v. 6, no. 2, p. 141-152, apr. 2012.

RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Cárie do tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 303-311, jul./set. 1999.

RETNAKUMARI, N.; CYRIAC, G. Childhood caries as influenced by maternal and child characteristics in pre-school children of Kerala-an epidemiological study. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 3, no. 1, p. 2-8, Jan./Mar. 2012.

RODRIGUES, C. R. M. D.; SCHALKA, M. M. S. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 30, n. 2, p. 179-186, Apr. 1996.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Revista Estudo de Psicologia**, Natal, v.8, n.3, p. 403-411, set/ dez 2003.

SHOAIB, L. et al. Validity and reproducibility of ICDAS II in primary teeth. **Caries Research**, New York, v.43, no.6, p.442-448, 2009.

SOUZA, M. A. A.; VIANNA, M. I. P.; CANGUSSU, M. C. T. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 6, n. 3, p. 309-3017, jul./set. 2006.

TETI, D.M.; GELFAND, D.M. The preschool assessment of attachment: construct validity in a sample of depressed and nondepressed families. **Development and Psychopathology**, New York, n.9, p 517-536, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

3 CONCLUSÃO

Mães jovens e com sintomas depressivos apresentam maior chance de ter filhos com cárie ao primeiro ano, corroborando com a literatura sobre o assunto e as hipóteses iniciais deste estudo. A depressão é uma doença cada vez mais preocupante nos ambientes de saúde. Trabalhos acadêmicos, bem como práticas clínicas, comprovam sua influência na saúde geral do indivíduo. Sujeitos depressivos tendem a realizar o auto-cuidado de maneira menos eficiente do que não depressivos.

O apoio psicossocial é uma das orientações do SUS. Inserido nesse contexto, a Conferência Municipal de Porto Alegre de 2015 orientou suas ações para o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossociais, CAPS, que são pontos da Rede de Atenção Psicossocial na atenção especializada, de caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, que realizam atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, e a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral (BRASIL, 2017). Durante a coleta de dados deste trabalho, quando foi detectado indicativo de sintomas depressivos de moderados a graves nas mães entrevistadas, foi ofertado este serviço nas Unidades do SSC/GHC.

Entendendo a depressão materna como um problema de saúde, tanto para a mãe quanto para seu filho, e seus complexos fatores associados, o cirurgião-dentista pode atentar a tais comportamentos nas mães, identificar situações que possam contribuir para o agravamento da cárie, podendo, desta forma, realizar outras abordagens e orientações. A contribuição que este trabalho se propõe a fazer é retirar ou diminuir a culpabilização das mães pela saúde bucal de seu filho quando condições depressivas podem fazer parte do cenário complexo que compõe os determinantes sociais da saúde e propor um olhar ampliado à família e não somente à criança.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on Early Childhood Caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. **Reference Manual**, [S. l.], v. 38, no. 6, p. 52-54, 2017.
- ALMEIDA, T. F. et al. Family context and incidence of dental caries in preschool children living in areas covered by the Family Health Strategy in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, no. 6, p. 1183-1195, June 2012.
- ARDENGHI, T. M.; PIOVESAN, C; ANTUNES, J. L. F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, supl. 3, p. 129-137, dez. 2013
- BÖNECKER, M.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v.12, p.183–188, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2015. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12609-caps> >. Acesso em: 14 jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Organização Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, 2008. (Caderno de Atenção Básica, n. 17).
- CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Revista CEFAC**. São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1119-1126, nov./dez. 2011.
- CLEATON-JONES, P. et al. Dental caries diagnosis calibration for clinical field surveys. **Caries Research**, New York, v. 23 p.195-199, 1989.
- CORTELLI, S.C. et al. Fatores de risco a cárie e CPOd em crianças com idade escolar, **Ciência Odontológica Brasileira**, São José dos Campos, v. 7, n. 4, p. 75-82, abr./jun. 2004.
- D´AVILA, O. P. et al. Association between Root Caries and Depressive Symptoms among Elders in Carlos Barbosa, RS, Brazil. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 28, no. 2, p. 234-240, 2012.

DE CASTILHO A.R. et. al. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, p.116-23, 2013.

FAUSTINO-SILVA, D.D. **Entrevista motivacional na prevenção da cárie precoce da infância na Atenção Primária a Saúde**. 2015. 130 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

FAUSTINO-SILVA, D.D. et. al. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças de um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 357-359, out./dez. 2008.

FAUSTINO-SILVA, D.D.; BRUNETTO, S.; MACHADO, A.P. Relato de experiência de atendimento conjunto entre Odontologia e Nutrição a crianças de 0 a 36 meses em uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre-RS. **Revista Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 52, n. 1/3, p. 49-55, jan./dez. 2011.

FEITOSA, S.; COLARES, V. As repercussões da Cárie Precoce na Infância na Qualidade de vida de Pré-escolares. **Revista Ibero-americana de Odontopediatria e Odontologia para Bebê**, Curitiba, v. 34, n. 6, p. 542-548, 2003.

FELDENS, C.A. et al. Teething symptoms in the first year of life and associated factors: a cohort study. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Birmingham, v. 34, p. 201-206, 2010.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, abr. 2010.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p.47-55, jan./abr. 2005.

GRADELLA, C.M.F. et al. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.55, n.4, p.329-334, 2007.

HUGO, F.N. et al. Depressive symptoms and untreated dental caries in older independently living south brazilians. **Caries Research**, New York, v. 46 p.376-384, 2012.

ISMAIL, A.I. et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.35, p.170-8, 2007.

LOSSO E.M., et. al., Severe early childhood caries: an integral approach. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.85 n.4, p.295-300, 2009.

LUZ, P. B. **Cárie precoce da infância: influência de variáveis sociais, psicológicas e comportamentais**. 2014. 71f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MISRA S.; TAHMASSEBI J.; BROSMAN M. Early childhood caries - a review. **Dental Update**, London, v.34, no. 9, p.556-558, 2007.

PAULETO, A.R.C; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.121-130, 2004.

PINTO G.S. et. al. Maternal care influence on children's caries prevalence in southern Brazil. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v.30 n.1, p.1-8, 2016.

PINTO G.S. et. al. Maternal depression increases childhood dental caries: a cohort study in Brazil. **Caries Research**, New York, v. 51, p.17-25, 2017.

PIOVESAN, C. et al. Laboratorial training of examiners for using a visual caries detection system in epidemiological surveys. **BMC Oral Health**, London, v.13, no. 49, 2013.

PRADO, J. S. et al. Dental condition and oral hygiene habits in school children. **Revista Biociência**, Taubaté, v. 7, no. 1, p. 63-69, jan./jun. 2001.

PRAKASH, P. et al. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: a cross-sectional study. **European Journal of Dentistry**, Ankara, v. 6, no. 2, p. 141-152, Apr. 2012.

RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Cárie do tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 303-311, jul./set. 1999.

RETNAKUMARI, N.; CYRIAC, G. Childhood caries as influenced by maternal and child characteristics in pre-school children of Kerala-an epidemiological study. **Contemporary Clinical Dentistry**, [S.l.], v. 3, no. 1, p. 2-8, Jan./Mar. 2012.

RODRIGUES, C. R. M. D.; SCHALKA, M. M. S. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 179-186, abr. 1996.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Revista Estudo de Psicologia**, Natal, v.8, n.3, p. 403-411, set/ dez 2003.

SHOAIB, L. et al. Validity and reproducibility of ICDAS II in primary teeth. **Caries Research**, New York, v.43, no.6, p.442-448, 2009.

SOUZA, M. A. A.; VIANNA, M. I. P.; CANGUSSU, M. C. T. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 3, p. 309-3017, jul./set. 2006.

TETI, D.M.; GELFAND, D.M. The preschool assessment of attachment: construct validity in a sample of depressed and nondepressed families. **Development and Psychopathology**, New York, no.9, p 517-536, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods.** 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

ANEXO A – Odontograma

EXAME BUCAL ANO: 1° 2° 3° n° ficha: _____

Nome criança: _____ **Examinador:** _____ **Anotador:** _____

0) Hígido 1) Lesão/mancha seco 2) Lesão/mancha úmido 3) Cavidade Esmalte 4) Sombra Dentina 5) Cavidade dentina
 6) Cavidade grande dentina 7) Restaurado 8) Extraído por cárie 9) Extração indicada(endo) 10) Não erupcionado

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

Atividade de cárie: registrar sinal + lesões ativas. Número de dentes presentes

Sangramento escovação: (0) não (1) sim

CÁRIE:
 ceod: _____
 Atividade Cárie: (0) Ausente (1) Presente
 IPV dentes anteriores: _____

PLACA VISÍVEL DENTES ANTERIORES

0: AUSENTE 1: PRESENTE

DEFEITOS DE ESMALTE
 (0) Normal
 (1) Opacidade demarcada
 (2) Opacidade difusa
 (3) Hipoplasia (4) Outros defeitos
 (5) Opacidades demarcadas e difusas
 (6) Opacidade demarcada e hipoplasia
 (7) Opacidade difusa e hipoplasia
 (8) Todas as três condições
 (9) Não registrada

EROSÃO ESMALTE
 (0) Esmalte normal
 (1) perda das características da superfície do esmalte
 (2) Perda de esmalte suficiente para expor dentina
 (3) perda de esmalte e dentina resultando em exposição pulpar
 (4) Nenhuma avaliação possível

TRAUMA/Local

53: _____

52: _____

51: _____

61: _____

62: _____

63: _____

ANEXO B – Inventário de Depressão de Beck

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Escute com atenção cada uma delas e indique a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na **SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Certifique-se de ter escutado todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1.

- 0 = não se sente triste
- 1 = sente-se triste
- 2 = sente-se triste o tempo todo e não consegue sair disto
- 3 = está tão triste e infeliz que não pode aguentar

2.

- 0 = não está particularmente desencorajada frente ao futuro
- 1 = sente-se desencorajada frente ao futuro
- 2 = sente que não tem nada por que esperar
- 3 = sente que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar

3.

- 0 = não se sente fracassada
- 1 = sente que falhou mais do que um indivíduo médio
- 2 = quando olha para trás em sua vida, só vê uma porção de fracassos
- 3 = sente que é um fracasso completo como pessoa

4.

- 0 = obtém tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
- 1 = não gosta das coisas da maneira como costumava gostar
- 2 = não consegue mais sentir satisfação real com coisa alguma
- 3 = está insatisfeita ou entediada com tudo

5.

- 0= não se sente particularmente culpada
- 1= sente-se culpada boa parte do tempo
- 2= sente-se muito culpada a maior parte do tempo
- 3= sente-se culpada o tempo todo

6.

- 0= não sente que esteja sendo punida
- 1= sente que possa ser punida
- 2= espera ser punida
- 3= sente que está sendo punida

7.

- 0= não se sente desapontada consigo mesma
- 1= sente-se desapontada consigo mesma
- 2= sente-se aborrecida consigo mesma
- 3= você se odeia

8.

- 0= não acha que seja pior que qualquer pessoa
- 1= critica suas fraquezas ou erros
- 2= responsabiliza-se o tempo todo por suas falhas
- 3= culpa-se por todas as coisas ruins que acontecem

9.

- 0= não tem nenhum pensamento a respeito de se matar
- 1= tem pensamentos a respeito de se matar mas não os levaria adiante
- 2= gostaria de se matar
- 3= você se mataria se tivesse uma oportunidade

10.

- 0= não costuma chorar mais do que o habitual
- 1 = chora mais agora do que costumava chorar antes
- 2= atualmente chora o tempo todo
- 3 = você costumava chorar, mas agora não consegue, mesmo que queira

11.

- 0= não se incomoda mais agora do que em qualquer outra época
- 1= sente-se incomodada ou irritada mais facilmente do que costumava
- 2= atualmente sente-se irritada o tempo todo
- 3 = absolutamente não se irrita mais com as coisas que costumavam te irritar

12.

- 0=não perdeu o interesse nas outras pessoas
- 1= interessa-se menos do que costumava pelas outras pessoas
- 2= perdeu a maior parte do seu interesse pelas outras pessoas
- 3= deu todo o seu interesse nas outras pessoas

13.

- 0= toma as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
- 1= adia suas decisões mais do que costumava
- 2= tem maior dificuldade em tomar decisões do que antes
- 3= não consegue mais tomar decisões

14.

- 0 = não sente que sua aparência seja pior do que costumava ser
- 1= preocupa-se por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
- 2= aparência que te fazem parecer sem atrativos

- 3= considera-se feio(a)

15.

- 0= consegue trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
- 1= precisa de um esforço extra para começar qualquer coisa
- 2= precisa se esforçar muito até fazer qualquer coisa
- 3= não consegue fazer trabalho nenhum

16.

- 0= dorme tão bem quanto costumava
- 1= não dorme tão bem quanto costumava
- 2= acorda 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tem dificuldade de voltar a dormir
- 3= acorda várias horas mais cedo do que costumava e tem dificuldade de voltar a dormir

17.

- 0= ais cansado(a) do que de costume
- 1= fica cansado(a) com mais facilidade do que costumava
- 2= sente-se cansado(a) ao fazer qualquer coisa
- 3= está cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

18.

- 0= seu apetite não está pior do que de costume
- 1= seu apetite não é tão bom como costumava ser
- 2= seu apetite está muito pior agora
- 3= não tem mais nenhum apetite

19.

- 0= não perdeu peso ultimamente
- 1= perdeu mais de 2,5 kg *# está por vontade própria*
- 2= perdeu mais de 5,0 kg *tentando perder peso,*
- 3= perdeu mais de 7,0 kg *comendo menos: sim() não()*

20.

- 0= não se preocupa mais do que o habitual com sua saúde
- 1= preocupa-se com problemas físicos como: dores e aflições, perturbações no estômago, ou prisões de ventre
- 2= está preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
- 3= está tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consegue pensar em outra coisa

21.

- 0= não tem observado qualquer mudança recente em seu interesse sexual
- 1= está menos interessado(a) por sexo do que acostumava
- 2= está bem menos interessado(a) por sexo atualmente
- 3= perdeu completamente o interesse por sexo

TOTAL: _____

ANEXO C – Inventário de Ansiedade de Beck

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI) Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique os sintomas que você apresentou durante **A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**.

	0 Ausente	1 Leve, não me incomoda muito	2 Moderado, é desagradável mas consigo suportar	3 Grave, quase não consigo suportar
1. dormência ou formigamento				
2. sensações de calor				
3. tremor nas pernas				
4. incapaz de relaxar				
5. medo de acontecimentos ruins				
6. confuso ou delirante				
7. coração batendo forte e rápido				
8. inseguro(a)				
9. apavorado(a)				
10. nervoso(a)				
11. sensação de sufocamento				
12. tremor nas mãos				
13. trêmulo(a)				
14. medo de perder o controle				
15. dificuldade de respirar				
16. medo de morrer				
17. assustado(a)				
18. indigestão				
19. desmaio / “cabeça leve”				
20. rosto quente / enrubescido				
21. suor frio / quente				

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (continua)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Usuários**

Você, na condição de mãe/pai ou representante legal de _____ está sendo convidado a participar de uma pesquisa do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada: **"Impacto de programas preventivos de saúde bucal infantil na Atenção Primária a Saúde"**, que tem como objetivo principal avaliar os fatores associados à cárie na infância e o impacto das consultas preventivas em um programa de saúde bucal voltado a crianças de 0 a 3 anos, bem como verificar conhecimentos e práticas de você em relação ao cuidado a saúde bucal da sua criança.

O tema escolhido se justifica pela importância de saber se as consultas odontológicas para crianças pequenas e orientações aos seus pais realmente podem evitar a cárie na infância em saúde pública.

O trabalho está sendo realizado pelo Cirurgião-dentista Daniel Demétrio Faustino da Silva sob a supervisão e orientação da Profa. Dra. Juliana Hilgert.

Os benefícios para o seu filho/a em participar do estudo serão os mesmos do acompanhamento já que as orientações odontológicas são rotinas no posto de saúde. Porém, os resultados da pesquisa poderão ajudar outros profissionais e serviços de saúde a organizar o cuidado em saúde bucal para crianças de outros locais. Os riscos para sua criança são mínimos, compatíveis com o desconforto de um exame bucal de rotina. Caso você tenha algum desconforto psicológico ao responder os questionários poderá fazer acompanhamento no posto de saúde.

Para alcançar os objetivos do estudo o seu filho/a será acompanhado até os 3 anos de idade através de uma avaliação anual no mês de aniversário. Nessa consulta será realizado exame bucal do seu filho, no posto de saúde ou em sua casa, e você irá responder a 6 questionários sobre o cuidado bucal, alimentação e qualidade de vida da criança, aspectos socioeconômicos da família, e sintomas depressivos e de ansiedade referentes a você. O tempo máximo previsto para essas avaliação completa é de 40 minutos.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.



CEP-GHC
VERSÃO APROVADA
27 / 03 / 2015

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (conclusão)

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução CNS 196/96).

Eu, _____,
(mãe/pai ou representante legal) da criança acima descrita, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e autorizo a minha participação, bem como, a participação do(a) meu/minha filho/a na pesquisa.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que a minha participação e a participação da criança é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim e ao meu filho/a no posto de saúde.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com o pesquisador: Daniel Demétrio Faustino da Silva pelo telefone 3334-8383 ou endereço profissional: Rua Ernesto Pelanda, 830, Vila Jardim – Porto Alegre.
- Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas da pesquisa, poderei entrar em contato com Daniela Montano Wilhelms, Vice-coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

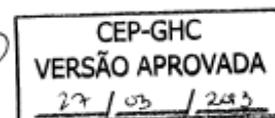
Porto Alegre, _____, de _____ de 20_____.

Assinatura da mãe/pai/responsável legal

Assinatura do pesquisador

Este formulário foi lido para _____ em
_____/_____/_____ por _____ enquanto eu estava presente.

Assinatura testemunha

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Tesch, 506
CEP 91040-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3337.2308
CNPJ: 02.917.134/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhorinha Conceição S.A. I

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Fialho, 20
CEP 91040-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3332.4100
CNPJ: 02.917.129/0001-75

HOSPITAL FÉMINA S.A.
Rua Silveirópolis, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3284.3426
CNPJ: 02.405.044/0001-03



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 98.244/98

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária realizada em 27 de março de 2013, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 13-063

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

JULIANA BALBIHOT HILGEST

DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA

Título: Impacto de programas preventivos de saúde bucal infantil na atenção primária à saúde.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

Porto Alegre, 28 de março de 2013.

Daniela Montano Wilhelms
Vice-coordenadora do CEP-GHC