

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

NATALIA DE ABREU PEGORARO

**PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA E SEUS FATORES
ASSOCIADOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUL DO PAÍS**

Porto Alegre

2019

NATALIA DE ABREU PEGORARO

**PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA E SEUS FATORES
ASSOCIADOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUL DO PAÍS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientadora: Camila Mello dos Santos

Porto Alegre

2019

NATALIA DE ABREU PEGORARO

PREVALÊNCIA DE MÁ OCLUSÃO NA PRIMEIRA INFÂNCIA E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUL DO PAÍS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientadora: Camila Mello dos Santos

Porto Alegre, 12 de dezembro de 2019

Camila Mello dos Santos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Márcia Cañado Figueredo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rafaela Soares Rech
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Pai Celestial pela vida, pela família que me proporcionou e também por ter me possibilitado em meio a tantos obstáculos a escolha da Odontologia.

Agradeço a minha família, que esteve sempre ao meu lado, apoiando-me nos momentos mais difíceis dessa jornada. Em especial a minha mãe Terezinha, exemplo de mulher batalhadora, a qual sempre me incentivou a ir atrás dos meus sonhos e dos meus objetivos até mesmo quando eu não acreditava e que sempre esteve ao meu lado, minha eterna gratidão. Aos meus irmãos Tiago e Gabriela, meus exemplos, que sempre me apoiam e vibram com minhas conquistas. Ao meu namorado Bruno, o qual foi meu amparo em grande parte dessa jornada. E ao meu pai Sérgio, que com o seu jeito, sempre torceu pelo meu sucesso.

Aos meus queridos professores Juliana Hilgert e Fernando Hugo que me proporcionaram a aproximação com a saúde pública e a iniciação científica durante toda minha graduação. E também a Camila Mello, que aceitou me orientar na reta final da minha vida acadêmica. Ao Daniel Demétrio que com sua pesquisa, permitiu-me conhecer de perto o nosso sistema de saúde e realidade dele. A Rafaela Rech e a Beatriz Colvara minha gratidão por toda ajuda durante o meu trabalho.

RESUMO

A má oclusão é qualquer alteração no padrão de normalidade da oclusão/ arco dentário e que tem na sua etiologia fatores hereditários e ambientais. Há evidências que em fase precoce a abordagem será menos complexa e menos onerosa. É nesse contexto que a Atenção Primária à Saúde torna-se essencial, pois ela é referenciada como capaz de suprir mais de 80% dos problemas em saúde. O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de má oclusão e seus fatores associados na primeira infância de crianças atendidas por um Serviço de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Estudo transversal aninhado a uma coorte, realizado em 12 unidades básicas de saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil em 2016. A amostra foi composta por 268 crianças nascidas entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014 que tiveram consulta odontológica no primeiro ano de vida. Avaliou-se a presença de mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e anterior na dentição decídua, pelos critérios de Foster e Hamilton. A análise dos dados foi realizada por meio de abordagem hierárquica em quatro blocos distintos, relativos a características individuais, contexto familiar, rede de apoio e hábitos de sucção. Análises das frequências absolutas e relativas foram calculadas. Foram avaliadas 268 crianças, sendo 135 (50,4%) meninos. A média de idade foi de 28,6 ($\pm 11,9$) meses. Dos 143 (53,4%) casos de má oclusão, 113 eram mordida aberta anterior, 16 mordida cruzada anterior, 27 mordida cruzada posterior e 38 overjet aumentado. Na análise final, observou-se que há maior prevalência de má oclusão em crianças que nunca mamaram (RP=1,44; IC95 %1,002-2,08) e que sempre usam chupeta para dormir (RP=1,81; IC95 % 1,14-2,86). A prevalência de má oclusão nessa população foi alta (53,4%), sendo essa condição associada à hábitos comportamentais, como o uso de chupeta. Esses hábitos são passíveis de modificações, através da promoção de saúde, com abordagens educativas e interceptativas na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, permitindo que a má oclusão tenha menor prevalência e severidade na população.

Palavras-chave: Má Oclusão. Atenção Primária à Saúde. Odontopediatria.

ABSTRACT

Malocclusion is any change in the occlusion / dental arch normality pattern and its etiology includes hereditary and environmental factors. There is evidence that at an early stage the approach will be less complex and less costly. It is in this context that Primary Health Care becomes essential, because it is referred to as able to supply more than 80% of health problems. The aim of the present study was to evaluate the prevalence of malocclusion and its associated factors in early childhood in children attended by a Primary Health Care Service in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Cross-sectional study nested in a cohort, conducted in 12 basic health units (BHU) of the Conceição Hospitalar Group, Porto Alegre, RS, Brazil in 2016. The sample consisted of 268 children born between January 2012 and December 2014 who had dental appointments in the first year of life. The presence of anterior open bite, posterior and anterior crossbite in the deciduous dentition was evaluated by the criteria of Foster and Hamilton. Data analysis was performed through a hierarchical approach in four distinct blocks, related to individual characteristics, family context, support network and sucking habits. Absolute and relative frequency analyzes were calculated. A total of 268 children were evaluated, 135 (50.4%) boys. The average age was 28.6 (± 11.9) months. Of the 143 (53.4%) cases of malocclusion, 113 were anterior open bite, 16 anterior crossbite, 27 posterior crossbite and 38 enlarged overjet. In the final analysis (sucking habits) it was observed that there was a higher prevalence of malocclusion in children who never breastfed (RP=1.44; IC95 % 1.002–2.08) and who always used a pacifier to sleep (RP=1.81; IC95%1.14-2.86). The prevalence of malocclusion was high in this population, and this condition was associated with behavioral habits that could be modified through educational and interceptive approaches in Primary Health Care. The prevalence of malocclusion in this population was high (53.4 %), and this condition was associated with behavioral habits, such as pacifier use. These habits are subject to change through health promotion, with educational and interceptive approaches in Primary Health Care. Thus, allowing malocclusion to have lower prevalence and severity in the population.

Keywords: Malocclusion. Primary Health Care. Pediatric Dentistry.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	OBJETIVO	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1	ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO DA MÁ OCLUSÃO	11
3.2	CLASSIFICAÇÃO MÁ OLUSÃO.....	11
3.2.1	Classificação de Angle	11
3.2.2	Classificação de Foster e Hamilton	12
3.3	HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS E ALEITAMENTO MATERNO.....	13
3.4	REPERCUSSÕES E AUTOPERCEPÇÃO DA MÁ OCLUSÃO	14
3.5	TRATAMENTO PARA MÁ OCLUSÃO	14
3.6	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL.....	15
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS	18
6	DISCUSSÃO	19
7	CONCLUSÃO	20
	REFERÊNCIAS	21
	ANEXO A - Ficha de exame clínico.....	24
	ANEXO B - Questionário socioeconômico	25
	ANEXO C - Instrumento de avaliação CAP	27
	ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido	30
	ANEXO E - Carta de aprovação comitê de ética	32

1 INTRODUÇÃO

A má oclusão é qualquer alteração no padrão de normalidade da oclusão/ arco dentário e que tem na sua etiologia fatores hereditários e ambientais tais como a incorporação de hábitos orais deletérios, como sucção de dedo e de chupeta e aleitamento artificial com mamadeira (TOMITA; BIJELLA; FRANCO, 2000; FLANDERS *et al.*, 2014). Essas alterações interferem no equilíbrio do sistema estomatognático e na qualidade de vida de crianças e adolescentes (DIMBERG; ARNRUP; BONDEMARK, 2015; KRAGT *et al.*, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Para a dentição decídua utiliza-se o índice de Foster e Hamilton (1967), o qual classifica a má oclusão em mordida aberta anterior (MAA), mordida cruzada anterior e posterior (MCA; MCP), selamento labial adequado e sobressaliência excessiva, sendo estas as oclusopatias mais prevalentes em crianças com dentição decídua (ADAIR; STEVEN, 1997; ZUANON *et al.*, 2000; LEÔNCIO *et al.*, 2015). Já a partir da dentição mista utiliza-se a classificação de Angle (1899), a qual tem como referência a relação anteroposterior do primeiro molar permanente. Nessa classificação há a subdivisão em Classe I (Neutroclusão), Classe II (Distoclusão) e Classe III, considerando a maneira com que crista triangular da cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior oclui com o primeiro molar permanente inferior.

A má oclusão é o terceiro problema de saúde bucal mais prevalente na população brasileira. Aproximadamente, 66,7% das crianças aos 5 anos de idade apresenta pelo menos um tipo de má oclusão. Além disso, aos 12 anos, 37,7% dos jovens apresentam algum tipo de má oclusão e 17,7% dessas são classificadas como severas ou muito severas (BRASIL, 2010). A prevalência de má oclusão na população de pré-escolares fica em torno de 64,5% e dessas 38,6% apresentam mais de um tipo de má oclusão (CAMPOS *et al.*, 2018; BAUMAN *et al.*, 2018).

Há estudos que referem, que cerca de 60% das crianças apresentam pelo menos um hábito de sucção (LEITE-CAVALCANTI; MEDEIROS-BEZERRA; MOURA, 2007; FELDENS *et al.*, 2013). Há associação entre hábitos de sucção de dedo e chupeta com a presença de mordida cruzada posterior em 36% das crianças com esses hábitos e em relação a mordida a aberta anterior em 64% das crianças que possuíam esse hábito até os três anos de idade. Além disso, a mordida aberta anterior tem associação também com o tempo de aleitamento materno inferior a 6 meses (GERMA *et al.*, 2016). Já a mordida cruzada posterior é presente em 28% das crianças

que não foram amamentadas e essa condição tem associação com o tempo do aleitamento exclusivo e o tempo de duração da amamentação (LIMEIRA *et al.*, 2014)

O aleitamento materno aumenta a possibilidade de uma oclusão dentária adequada, pois fortalece a musculatura orofacial e torna-se um fator protetor para má oclusão (BERVIAN; FONTANA; CAUS, 2008; ARAÚJO *et al.*, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo por 6 meses de vida do bebê. A presença de má oclusão é aproximadamente 60% mais prevalente em crianças que, nunca receberam aleitamento ou receberam por um período menor que 6 meses (MASSUIA; CARVALHO; MATSUO, 2011). Crianças que receberam aleitamento materno de 9 a 12 meses apresentam menor prevalência de má oclusão aos 5 anos (CORRÊA-FARIA *et al.*, 2018). Crianças que receberam aleitamento por menos de 6 meses têm prevalência 4 vezes maior de desenvolver hábitos de sucção de chupeta do que as que receberam aleitamento por mais de 6 meses de idade (CHEN; XIA; GE, 2015).

Devido à alta prevalência de má oclusão na população é importante implementar inicialmente medidas preventivas para a não incorporação de hábitos orais deletérios, estimulando a orientação sobre as consequências que esses hábitos podem gerar e a importância de uma interceptação precoce. Há evidências que em fase precoce a abordagem será menos complexa e menos onerosa. É nesse contexto que a Atenção Primária à Saúde torna-se essencial, pois ela é referenciada como capaz de suprir mais de 80% dos problemas em saúde, unindo as ações de prevenção e promoção em saúde (STARFIELD, 2002).

Portanto, por ser de grande prevalência na população, há necessidade de implementação de medidas preventivas para a não incorporação de hábitos orais deletérios com a estimulação de programas educacionais, os quais visem a introdução de orientações que diminuam esses hábitos nocivos (CARVALHO; ALVES; ALVES, 2011). Além disso, deve-se propor tratamentos interceptativos, caso o problema já esteja instalado, com o uso de aparelhos fixos ou removíveis. Esses aparelhos poderão conter grades palatinas ou arco lingual com pontas para interromper a interposição de língua, também fazer uso de molas ativa para descruzar dentes e fazer uso de disjuntores palatinos como o Hyrax ou Quad-Hélice para expandir maxila a fim de descruzar a mordida (FERES *et al.*, 2016). Isso, porque, sabe-se que pequenas intervenções podem minimizar o desenvolvimento de oclusopatias, as quais ao longo

do tempo poderão gerar graves consequências para seus portadores (CARVALHO; ALVES; ALVES, 2011).

2 OBJETIVO

Avaliar a prevalência de má oclusão e seus fatores associados na primeira infância de crianças atendidas por um Serviço de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO DA MÁ OCLUSÃO

As oclusopatias são o terceiro problema de saúde Bucal mais prevalente na população brasileira (BRASIL, 2010), indo de acordo com os índices da Organização Mundial da Saúde (OMS), superado apenas pela cárie dentária e doença periodontal. São caracterizadas como alterações nas estruturas maxilares e dos músculos orais e conseqüentemente interferindo no equilíbrio estomatognático e na qualidade de vida de seus portadores (TOMITA; BIJELLA; FRANCO, 2000; FLANDERS *et al.*, 2014; DIMBERG; ARNRUP; BONDEMARK, 2015; KRAGT *et al.*, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Elas têm diversos fatores etiológicos como a hereditariedade, hábitos de sucção digital e de chupeta, postura anormal de língua e presença de respiração bucal, com isso interferindo no sistema estomatognático. Além disso, outro fator relevante para a causa de má oclusão é a cárie dentária, a qual gera a perda prematura dos dentes decíduos e a conseqüente perda do espaço adequado no arco dentário e também a erupção precoce dos dentes permanentes. Contudo, esses fatores geram efeitos diferentes em cada indivíduo (MOYERS, 2009).

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA MÁ OLUSÃO

3.2.1 Classificação de Angle

A classificação de Angle é uma classificação baseada nas relações anteroposteriores dos maxilares e considera irrelevante a discrepância no plano vertical e lateral, ignorando presença de atresia maxilar e de sobremordida. Só pode ser utilizada a partir da dentição mista, pois considera que o primeiro molar permanente ocupa uma posição estável no esqueleto craniofacial e que as alterações ocorrem no arco dentário. Essa classificação é dividida em I, II e III (ANGLE, 1899; FERREIRA; MARTINS, 1998):

a) Classe I – Neutroclusão

Quando há normalidade na relação anteroposterior entre maxila e mandíbula e quando a crista triangular da cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente

superior oclui com o sulco vestibular do primeiro molar permanente inferior (ANGLE, 1899; MOYERS, 2009).

b) Classe II - Distoclusão

É quando há uma relação distal da mandíbula em relação à maxila. Quando o sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior oclui posteriormente com a cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior. Divisão 1: quando os incisivos superiores estão labiovertidos. Divisão 2: incisivos superiores centrais estão anteroposteriores, normais ou levemente linguovertidos e os incisivos laterais superiores estão inclinados mesialmente.

c) Classe III – Mesioclusão

Quando há uma relação mesial entre os arcos superior e inferior e o sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior oclui anteriormente à cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior. (ANGLE, 1899; MOYERS, 2009; GARBIN *et al.*, 2010).

3.2.2 Classificação de Foster e Hamilton

Classificação que pode ser utilizada a partir da dentição decídua (FOSTER, HAMILTON, 1969):

a) Mordida Aberta Anterior

A mordida aberta anterior é definida como a falta de contato incisal entre os dentes anteriores quando em relação cêntrica, sendo ela mais prevalente na população do que a mordida aberta posterior e/ou de ambas (HUANG *et al.*, 1990; ZAPATA *et al.*, 2010). A sua prevalência está associada com os hábitos deletérios de sucção, idade, condição socioeconômica e o aleitamento materno. Com o aumento da idade há a tendência de diminuição da sucção não nutritiva e a consequente autocorreção da má oclusão, caso disfunções secundárias não tenham se manifestado. (SUBTELNY; SAKUDA, 1964)

b) Mordida Cruzada Posterior

É a incapacidade que existe entre os dois arcos em ocluir normalmente no relacionamento lateral e/ou anteroposterior, podendo ser causado por problemas dentário e ósseo ou também conhecida por ser um desvio postural mandibular devido ao contato prematuro entre os dentes posteriores (LOCKS; WEISSHEIMER; RITTER, 2008).

Ao contrário da mordida aberta, a mordida cruzada não é autocorretiva e necessita de um diagnóstico e intervenção precoce para que não haja sequelas. (MELINK *et al.*, 2010). Há diversas causas para a mordida cruzada posterior sendo por origem ambiental, esquelética e dentária. A ambiental é mais prevalente em dentição decídua.

c) Sobressaliência Excessiva

Há também a sobressaliência excessiva ou sobremordida profunda que produz transpasse vertical excessivo na região dos incisivos (MOYERS, 1991).

3.3 HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS E ALEITAMENTO MATERNO

Considera-se que o aleitamento materno aumenta a possibilidade de uma oclusão dentária adequada, pois fortalece a musculatura orofacial (BERVIAN *et al.*, 2007). Segundo Lopes e colaboradores (2019), crianças que recebem aleitamento exclusivo por menos de 6 meses, tem prevalência 50% maior prevalência de mordida aberta anterior, do que crianças que recebem aleitamento por mais de 6 meses. O aleitamento materno por mais de 6 meses é considerado fator protetivo para má oclusão (overjet acentuado, mordida aberta e mordida cruzada) e sua associação aumenta concomitantemente ao tempo de duração da amamentação.

Porém, ainda há parcela significativa da população que não amamenta e permite que haja a incorporação de hábitos orais deletérios, sendo que aproximadamente 80% da população de 4 a 6 anos de idade apresentam pelo menos um hábito deletério e sendo cerca de 70% com o uso de mamadeira, seguido por sucção de chupeta em 40% dos casos (ZAPATA *et al.*, 2010; MASSUIA *et al.*, 2011). Por isso, deve-se desenvolver novas estratégias para a estimulação do aleitamento materno e a consequente proteção contra má oclusão. É nesse âmbito, que se faz necessário mais estudos nessa área para que haja maior conhecimento epidemiológico, afim de desenvolver novas estratégias para planejamento e execução da equidade no Serviço de Atenção Primária à Saúde (CARVALHO; ALVES; ALVES, 2011; THOMAZ *et al.*, 2018).

O hábito de sucção de chupeta está associado com a condição socioeconômica da família e o grau de escolaridade materna para ambos os sexos. Já o hábito de sucção digital não apresentou representatividade nessa associação. (TOMITA *et al.*, 2000). Crianças que tem hábito de sucção de chupeta apresentam 5 vezes mais

chances de apresentar má oclusão do que aquelas que não tem esse hábito e crianças com hábito de sucção digital tem aproximadamente 1,5 vezes mais chances (TOMITA; VITORIANO; FRANCO, 2000).

3.4 REPERCUSSÕES E AUTO PERCEPÇÃO DA MÁ OCLUSÃO

A má oclusão tem impacto negativo na vida de escolares entre 11 e 16 anos de idade. Os adolescentes que não receberam tratamento ortodôntico antes dessa fase tiveram menor qualidade de vida, pois têm distorção da sua auto percepção. Já o tratamento ortodôntico prévio apresenta-se como fato protetivo para essa associação (GARBIN *et al.*, 2019). Dentro do contexto da auto percepção sobre a má oclusão, mais de 60% dos participantes de um estudo com adultos jovens de 18 a 22 anos de idade apresentam insatisfação ao sorrir para fotografias e mais de 30% relatam já terem sido sofrido preconceito por sua condição bucal. Crianças com oclusão ou má oclusão leve tiveram 56,0% menos prevalência de ter a sua qualidade de vida afetada do que criança que têm má oclusão grave (DUTRA *et al.*, 2018).

3.5 TRATAMENTO PARA MÁ OCLUSÃO

Na dentição decídua o tratamento é predominantemente conservador e de interceptação dos hábitos nocivos. Para mordida cruzada posterior e para discrepâncias anteroposteriores são utilizados aparelhos removíveis com molas digitais anteriores ou com expansores (PISANI *et al.*, 2016). Quando há perda precoce de elementos dentários, por causa de cárie dentária ou traumatismos é necessário fazer a manutenção do espaço por fator estético ou funcional, por meio de mantenedores. E se houver hábitos de sucção de chupeta e/ou digital e for realizada a remoção desses hábitos a autocorreção é espontânea, por isso a necessidade de realiza-la de forma precoce. Além disso, para estimular a remoção dos hábitos pode-se utilizar grade palatina ou arco lingual com pontas (FERREIRA *et al.*, 1998).

Na dentição mista, aumenta-se as possibilidades de tratamento, podendo ser feita a orientação do crescimento mandibular e guiar a oclusão para um espaço de normalidade com aparelhos ortopédicos ou extrabucais. Em alguns casos também é realizado a disjunção palatina (FERREIRA *et al.*, 1998; MOYERS, 2009).

3.6 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada no sistema de saúde, a qual é voltada para ações coletivas e individuais que estimulam desde a promoção até a manutenção da saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde denomina Atenção Primária como Atenção Básica e tem como um dos principais fundamentos a efetividade da integralidade do cuidado, a constante formação e qualificação do profissional de saúde e se necessário o apoio matricial (BRASIL, 2008). Na APS deve-se avaliar o estado de saúde e medir o impacto desses serviços para a população. Porém, muitas enfermidades não podem ser prevenidas, pois há associação dos fatores genéticos e ambientais agindo sobre a variabilidade da severidade. Portanto, nessa condição a atenção deve ser realizada para reduzir os danos e impactos (STARFIELD, 2002). Além disso, deve-se romper as barreiras geográficas e incluir fatores econômicos, culturais e de oferta ou não de serviços (SOUZA *et al.*, 2008).

É nesse contexto que a atenção básica se torna a primeira oportunidade de saúde e permite que o acesso se estabeleça, principalmente, de forma precoce, como no caso dos pré-escolares, permitindo que as inequidades em saúde sejam diminuídas. A Política Nacional de Saúde Bucal estabelece que o acesso à saúde bucal das crianças de 0 a 5 anos de idade ocorra a partir dos 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais ou em grupo de pais. Com isso, é recomendado que as ações em saúde bucal estejam inseridas nos programas da criança e executados de forma multiprofissional e não desenvolvida isoladamente pelo dentista (BRASIL, 2008).

A promoção de saúde não se dá apenas pelo acesso aos serviços de saúde, mas envolve também diversos outros fatores que condicionam a qualidade de vida de um indivíduo (RAMOS; MAIA, 1999). Dessa forma, a promoção de saúde bucal se correlaciona com aspectos como alimentação, educação, saneamento, trabalho, lazer e condições socioeconômicas (FEITOSA; COLARES, 2003). Deve-se considerar também, que os conhecimentos sobre saúde bucal não chegam de forma homogênea entre os diferentes setores da população e, portanto, ações educativas em odontologia necessitam de diferentes abordagens (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Sabe-se que nos primeiros anos de vida tudo que se aprende e realiza será determinante para a saúde no decorrer dos anos (RODRIGUES; SCHALKA, 1996). É

nesse contexto que a Atenção Básica se torna essencial e o local adequado para a promoção de saúde.

4 METODOLOGIA

Estudo transversal aninhado a um estudo de coorte denominado COORTE CÁRIE ZERO. O universo da coorte é de nascidos entre 2013 e 2014, o qual é composto de 1.441 crianças. Dessas 915 tiveram consultas de ação programática no primeiro ano de vida com o dentista e 414 foram avaliadas pela pesquisa, após o 1 ano de idade. E dessas, 268 puderam receber avaliação para má oclusão, pois tinham presença de molares.

Foram coletadas informações socioeconômicas (Anexo B) e selecionadas as informações referentes à criança, mãe/cuidador principal e para a análise de dados será agrupado da seguinte forma: idade; etnia; sexo; escolaridade materna; renda familiar; número de filhos; frequenta creche número de consultas odontológicas; aleitamento materno; uso da mamadeira; sucção de dedo e sucção de chupeta.

De acordo com Siri Wood e colaboradores 2008, os levantamentos com metodologia de Conhecimentos, Atitudes e Práticas – CAP (Anexo C), tratam-se de estudos de uma população específica, cujo objetivo principal é coletar informações sobre o que essa população conhece, acredita e faz em relação a uma condição ou doença.

A análise dos dados foi realizada por meio de abordagem hierárquica. Análises das frequências absolutas e relativas foram calculadas. O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar as associações entre as variáveis estudadas e, quando as hipóteses do teste foram violadas foi utilizado o teste exato de Fisher, ambos com nível de significância de 0,05%. Foi realizado teste de Mann-Whitney para a variável quantitativa, que não apresentou distribuição normal. A abordagem hierárquica fez uso de modelos de regressão de Poisson univariada para estimar as relações entre as variáveis estudadas e o desfecho. E os dados foram analisados no software SPSS v.21 (Chicago: SPSS Inc).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição-protocolo número 13-063 e CAAE número 15015013.0.0000.5530.(Anexo E)

5 RESULTADOS

A amostra total do estudo foi de 268 crianças avaliadas, apresentando uma prevalência de 143 (53,4%) crianças que apresentaram má oclusão dentária, sendo 113 (41,1%) casos de mordida aberta anterior, 16 (5,9%) casos de mordida cruzada anterior, 27 casos de mordida cruzada posterior (10,0%) e 38 casos de overjet acentuado (14,5%). A média de idade das crianças foi de 28,6 ($\pm 11,9$) meses.

Do total da amostra, 135 (50,4%) eram do sexo masculino e 133 (49,6%) eram do sexo feminino. A relação entre características de identificação, socioeconômicas, atividades da criança e de aleitamento materno com a presença de má oclusão. Mantiveram significância estatística com o desfecho estudado o uso de chupeta ($p=0.002$). Na análise final, observa-se que há maior prevalência de má oclusão em crianças que nunca mamaram (RP=1,44;IC95%1,002-2,08) e que sempre usam chupeta para dormir (RP=1,81;IC95%1,14-2,86).

6 DISCUSSÃO

Este estudo constatou que a prevalência de má oclusão na primeira infância em crianças com média de idade de 28,6 ($\pm 11,9$) meses, atendidos por um Serviço de Atenção Comunitária é de 53,4%. A oclusopatia mais prevalente (41,1%) é a mordida aberta anterior. Foi encontrada a associação entre má oclusão e o uso de chupeta. Não houve diferença significativa entre os sexos, assim como no estudo de Heimer (2008). Resultados semelhantes são descritos por Zapata e colaboradores (2010) a respeito da indiferença para o sexo e a maior prevalência de mordida aberta anterior e a sua associação com uso de chupeta.

Há programas que estimulam o acesso das crianças nos primeiros 4 anos de vida ao serviço de saúde bucal e que participam de programas educativos. No mesmo território do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, foi realizado um estudo em 2010, com crianças de até 4 anos de idade, o qual demonstrou que 78% das crianças da amostra foram ao dentista pelo menos uma vez em 4 anos (SCHWENDLER; FAUSTINO- SILVA; ROCHA, 2017). Dessa forma, fica evidente, que é possível realizar prevenção e interceptação da má oclusão no seu período inicial, pois o usuário vem acessando o Serviço de Saúde de maneira precoce.

A avaliação das má oclusões na população e sua necessidade de tratamento tem finalidade para a saúde pública, através da ajuda para determinar a prioridade de tratamento nos serviços publicamente subsidiados, assim como planejar recursos financeiros e serviços odontológicos necessários para suprir tanto a demanda, como o potencial para esse tratamento (OLIVEIRA, 2004).

A prevalência de má oclusão em um estudo realizado em pacientes da bebê clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul foi de 13,9%. A oclusopatia mais prevalente é a mordida aberta anterior (8,3%). No devido estudo, também houve significância estatística entre uso de chupeta e mordida aberta anterior (NEU, 2004).

7 CONCLUSÃO

A prevalência de má oclusão nessa população foi alta (53,4 %), sendo essa condição associada à hábitos comportamentais, como o uso de chupeta. Esses hábitos são passíveis de modificações, através da promoção de saúde, com abordagens educativas e interceptativas na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, permitindo que a má oclusão tenha menor prevalência e severidade na população.

REFERÊNCIAS

ADAIR, O; STEVEN, M. Non – nutritive sucking. *In: AAPD. Proceedings of the Annual Session American Academy of Pediatric Dentistry*. Philadelphia: American Academy of Pediatric Dentistry, 1997.

ANGLE, E. H. Classification of Malocclusion. *The dental Cosmos*, Filadélfia, v. 41, n. 4, p. 350-357, 1899. Disponível em: <https://quod.lib.umich.edu/d/dencos/acf8385.0041.001/368:70?page=root;rgn=main;size=100;view=image>. Acesso em: 21 July 2019.

ARAÚJO, M. C. M. **Ortodontia para clínicos**. São Paulo: Santos, 1986.

BAUMAN, J. M. *et al.* Padrão epidemiológico da má oclusão em pré-escolares brasileiros. **Cien. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3861–3868, nov. 2018.

BERVIAN, J.; FONTANA, M.; CAUS, B. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais: revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia UPF**. Passo Fundo, v. 13, n. 2, p. 76-81, maio/ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e manuais técnicos**: cadernos de atenção básica- nº 17. Série A. 1. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010. **Manual de calibração de examinadores**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010)**: Projeto Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, M. P. M. S. *et al.* Original research Pediatric Dentistry Influence of head and linear growth on the development of malocclusion at six years of age: a cohort study. **Braz. Oral Res**, v. 32, p. 1–10, 2018.

CHEN, X.; XIA, B.; GE, L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. **Bmc Pediatrics**, Pequim, v. 15, n. 1, p. 1-9, 21 Apr. 2015.

CORRÊA-FARIA, P. *et al.* Association of breastfeeding and malocclusion in 5-year-old children: Multilevel approach. **Int. J. paediatr. dent**, Oxford, v. 28, n. 6, p. 602-607, 8 Ago. 2018.

DIMBERG, L.; ARNRUP, K.; BONDEMARK, L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative

studies. **The European Journal Of Orthodontics**, Oxford, v. 37, n. 3, p. 238-247, 11 set. 2014.

DOĞRAMACI, E. J. *et al.* Malocclusions in young children. **J.am.dent.assoc**, Chicago, v. 148, n. 8, p. 566-574, Ago. 2017.

DUTRA, S. R. *et al.* Impact of malocclusion on the quality of life of children aged 8 to 10 years. **Dental. press j. orthod**, Maringá, v. 23, n. 2, p. 46–53, Mar./Apr. 2018.

FERES, M. F. N. *et al.* Effectiveness of open bite correction when managing deleterious oral habits in growing children and adolescents: a systematic review and meta-analysis, **Eur. j. Orthod**, Oxford, v. 39, n. 1, p. 31-42, 2017.

FERREIRA, F. V. **Ortodontia**: diagnóstico e planejamento clínico. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998. 503 p.

FOSTER, T. D; HAMILTON, M. C. Occlusion in the primary dentition. Study of children at 2 and one-half to 3 years of age. **Br Dent J**, London, v. 126, n. 2, p. 76-79, Jan. 1969.

GARBIN, A. J. Í. *et al.* Malocclusion prevalence and comparison between the Angle classification and the Dental Aesthetic Index in scholars in the interior of São Paulo state - Brazil. **Dental. press j. orthod**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 94–102, July/ Aug. 2010.

GERMA, A. *et al.* Early risk factors for posterior crossbite and anterior open bite in the primary dentition. **Angle orthod**, Appleton, v. 86, n. 5, p. 832-838, Sept. 2016.

HEIMER, M. V.; TORNISIELLO KATZ, C. R.; ROSENBLATT, A. Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: A longitudinal study. **Eur. j. Orthod**, Oxford, v. 30, n. 6, p. 580–585, Sept. 2008.

LEITE-CAVALCANTI, A.; MEDEIROS-BEZERRA, P. K.; MOURA, C. Aleitamento Natural, Aleitamento Artificial, Hábitos de Sucção e Maloclusões em Pré-escolares Brasileiros. **Rev. salud pública**, Cordoba, v. 9, n. 2, p. 194–204, jun. 2007.

LEÔNICIO, L. L. *et al.* Prevalência de má-oclusão em crianças de cinco anos de idade do município de Patos, **Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 51, n. 1, p. 25–31, jan./mar. 2015.

LIMEIRA, A. B. *et al.* Association between breastfeeding and the development of breathing patterns in children. **European Journal Of Pediatrics**, Heidelberg, v. 172, n. 4, p. 519-524, 30 dec. 2012.

LOPES, P. *et al.* Association Between Duration of Breastfeeding and Malocclusion in Primary Dentition in Brazil. **J. dente.child**, Chicago, v. 86, n. 1, p.17- 23, jan.2019.

MASSUIA, J. M. *et al.* Má Oclusão, Hábitos Buciais e Aleitamento Materno: Estudo de Base Populacional em um Município de Pequeno Porte. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.** Paraíba, v. 11, n. 3, p. 451-457, set. 2012.

MELINK, S. *et al.* Posterior crossbite in the deciduous dentition period, its relation with sucking habits, irregular orofacial functions, and otolaryngological findings. **Am. J. orthod. dentofacial orthop**, St. Louis, v. 138, n. 1, p. 32-40, July 2010.

MOYERS, R. E. **Ortodontia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 504 p.

OLIVEIRA, C. M. Malocclusão no contexto da saúde pública. *In*: BONECKER, M.; SHEIHAM, A. (org.). **Promovendo saúde bucal na infância e na adolescência**. São Paulo: Santos, 2004. p. 75-84.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Oral health surveys: basic methods**. 5th ed. [S. l.]: World Health Organization, 2013.

PEREIRA, C. C.; FELÍCIO, C. M. Os distúrbios miofuncionais orofaciais na literatura odontológica: revisão crítica. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 134-142, jul./ago. 2005.

PISANI, L. *et al.* Systematic review for orthodontic and orthopedic treatments for anterior open bite in the mixed dentition. **Prog. Orthod**, Copenhagen, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2016.

SCHWENDLER, A.; FAUSTINO-SILVA, D. D.; ROCHA, C. F. Saúde bucal na ação programática da criança: indicadores e metas de um serviço de atenção primária à saúde. **Ciê. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 201-207, jan. 2017.

STARTFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUBTELNY, J. D.; SAKUDA, M. Open-bite: diagnosis and treatment. **Am. j. orthod**, St. Louis, v. 50, n. 5, p. 337- 358, May. 1964.

THOMAZ, E. B. A. F. *et al.* Breastfeeding Versus Bottle Feeding on Malocclusion in Children: A Meta-Analysis Study. **J. hum. lact**, Charlottesville, v. 34, n. 4, p. 768–788, 2018.

TOMITA, N. E.; BIJELLA, V. T.; FRANCO, L. J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 299-303, jun. 2000.

ZAPATA, M. *et al.* Ocorrência de mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios em crianças de 4 a 6 anos. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 267-271, abr. 2010.

ZUANON, A. C. C. *et al.* Relação entre hábito bucal e malocclusão na dentadura decídua. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 3, n. 12, p. 104-108, mar./abr. 2000.

ANEXO A – FICHA DE EXAME CLÍNICO

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
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Atividade de cárie: registrar sinal + lesões ativas. Sangramento escovação: (0) Ausente (1) presente Dentes presentes

<p>CÁRIE:</p> <p>ccod: _____ ceos: _____</p> <p>Atividade Cárie: (0) Ausente (1) Presente</p> <p>IPV dentes anteriores: _____</p> <p>DEFEITOS DE ESMALTE</p> <p>(0) Normal</p> <p>(1) Opacidade demarcada</p> <p>(2) Opacidade difusa</p> <p>(3) Hipoplasia (4) Outros defeitos</p> <p>(5) Opacidades demarcadas e difusas</p> <p>(6) Opacidade demarcada e hipoplasia</p> <p>(7) Opacidade difusa e hipoplasia</p> <p>(8) Todas as três condições</p> <p>(9) Não registrada</p>	<p>PLACA VISÍVEL DENTES ANTERIORES</p> <p>0: AUSENTE 1: PRESENTE</p> <p></p>	<p>MÁ-OCCLUSÃO:</p> <p>Mordida aberta anterior:</p> <p>(0) Ausente (1) Presente</p> <p>Mordida cruzada anterior:</p> <p>(0) Ausente (1) Presente</p> <p>Mordida cruzada posterior:</p> <p>(0) Ausente (1) Presente</p> <p>SELAMENTO LABIAL:</p> <p>(0) não adequado</p> <p>(1) adequado</p> <p>OVERJET: _____ mm</p> <p>(1) normal (2) acentuado (maior q 3 mm)</p> <p>(9) Não avaliado (sem molares)</p>
<p>EROSÃO ESMALTE</p> <p>(0) Esmalte normal</p> <p>(1) perda das características da superfície do esmalte</p> <p>(2) Perda de esmalte suficiente para expor dentina</p> <p>(3) perda de esmalte e dentina resultando em exposição pulpar</p> <p>(4) Nenhuma avaliação possível</p>	<p>TRAUMA/Local</p> <p>53: _____</p> <p>52: _____</p> <p>51: _____</p> <p>61: _____</p> <p>62: _____</p> <p>63: _____</p>	

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO

Identificação criança

Unidade: **Prontuário:**

Identificação mãe/responsável:

Parentesco: _____

Data de Nascimento:

____/____/____ Idade _____

Raça: _____

Dados da criança

Nome _____

Sexo: (1) masculino (2) feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Idade ____ anos ____ meses

Raça: _____

I- Sua situação conjugal atual é:

- (1) solteira
- (2) casada/morando junto
- (3) divorciada/separada
- (4) viúva

II- Você é alfabetizada

- (1) sim
- (2) não

III- Você estudou: _____ anos

IV- No mês passado, quanto em Reais, receberam juntas todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?

R\$ _____

Tem bolsa família:

- (1) sim
- (2) não
- (3) já teve no passado

V- Você considera esta renda suficiente para suprir as necessidades de família?

(1) sim

(2) não

VI- Quantos filhos você tem? _____

VII- Quantas pessoas moram na sua casa?

Jovens e adultos (15 anos ou mais): _____

Crianças (até 14 anos): _____ Total: _____

VIII- Tipo de moradia

(1) Madeira

(2) Alvenaria

(3) Mista

Própria: (1) Sim (2) Não

IX- Após o nascimento do/a _____ (criança em estudo) em quantos meses você retornou ao trabalho ou atividades fora de casa?

_____ meses.

X- Qual sua principal atividade/trabalho no momento: _____

XI- Qual a carga horária de trabalho (fora de casa) atual?

(1) até 30 horas semanais

(2) mais de 30 horas semanais

(3) nenhuma

XII- A criança passa a maior parte do tempo em:

(1) Própria casa

(2) Creche/escola

(3) Casa de outros

Principal cuidador da criança: _____

XIII - Alguém contribui no cuidado da criança?

(1) sim Quem: _____

(2) não

XIX – Você recebeu atendimento/orientação odontológico durante a gestação?

(1) sim

(2) não

ANEXO C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO CAPIdentificação criança: Identificação mãe/responsável: **A – CONHECIMENTO SOBRE CÁRIE****I – A cárie pode afetar crianças menores de 2 anos?**

(1) Sim.

(2) Não.

II – É possível que os dentes dos bebês já nasçam com cáries?

(1) Sim.

(2) Não.

III– As cáries nos dentes de leite precisam de tratamento da mesma forma que as cáries em dentes permanentes?

(1) Sim.

(2) Não.

IV– Um bebê de 2 anos já é capaz de escovar seus dentes sozinho?

(1) Sim.

(2) Não.

V– Quais desses alimentos causam cáries?

(1) bala

(2) chiclete

(3) frutas

(4) leite puro

(5) leite com Nescau

(6) mel

(7) suco de caixinha

(8) suco natural

Número de Acertos: _____**B – ATITUDES HB/DIETA/MANEJO DO BEBÊ**

Considerando as seguintes afirmações, você concorda que...

I. A única forma de acalmar meu bebê é oferecendo mamã.

- (1) Concordo
- (2) Discordo
- (3) Não sei

II. É normal um bebê de 2 anos acordar durante a noite para mamar (mamadeira/peito)

- (1) Concordo
- (2) Discordo
- (3) Não sei

III. Eu gosto de dar doce ao meu bebê quando ele se comporta bem, como uma recompensa.

- (1) Concordo
- (2) Discordo
- (3) Não sei

IV. Eu tento escovar os dentes do meu bebê, mas ele não deixa.

- (1) Concordo
- (2) Discordo
- (3) Não tenta escovar

C – PRÁTICAS HB/DIETA/MANEJO DO BEBÊ

I- Você dá mamã (peito/mamadeira) para seu bebê pegar no sono?

- (1) Todas as vezes que ele dorme e também quando acorda (≥ 5 vezes)
- (2) Todas às vezes que dorme (≤ 4 vezes)
- (3) Uma vez ao dia.
- (4) Não todos os dias
- (5) Nunca

II- O que geralmente tem na mamadeira do seu bebê?

- (1) Não usa mamadeira
- (2) Leite puro
- (3) Leite com achocolatado (Nescau/Toddy)
- (4) Fórmula infantil (NAN, Mucilon, Niño) sem açúcar
- (5) Leite com mel ou com açúcar (com ou sem fórmula)

(6) Outros: _____ **III- Qual desses líquidos o seu filho está mais acostumado a beber:**

- (1) Suco natural
- (2) Suco artificial (caixinha/pó)
- (3) Refrigerante
- (4) Água
- (5) Outros: _____

IV- Com que frequência você limpa os dentes do seu bebê?

- (1) Mais de 1 vez ao dia
- (2) Pelo menos 1 vez ao dia
- (3) Quase todos os dias
- (4) Uma vez por semana
- (5) Nunca

V- Qual pasta de dentes você usa para escovar os dentes do seu bebê?

- (1) Não usa pasta de dente
- (2) Pasta de dente sem flúor
- (3) Pasta de dente infantil com flúor
- (4) Pasta de dente adulto
- (5) Não sabe/ Não escova

VI- Até que idade seu bebê mamou exclusivamente no peito?

____meses

VII - Até que idade seu bebê mamou de forma não exclusiva no peito?

____meses

(0)ainda mama no peito

(Faustino-Silva, D.D., 2013, p.58-61)

ANEXO D – 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-SSC do Grupo Hospitalar Conceição-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 e 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. 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

(Faustino-Silva, D.D., 2013, p.70-71)

ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO CÔMITE DE ÉTICA



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trevis, 508
CEP 91360-250 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 02.797.116/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Estrada Parlatório da Hospitalar Nossa
Senhora da Conceição S.A.L.

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Desengano, 20
CEP 91030-700 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4101
CNPJ: 02.797.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Monsievete, 17
CEP 91150-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3714.3270
CNPJ: 02.663.134/0001-03



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/98

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