



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CURSO DE ODONTOLOGIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CAROLINE DA COSTA SOUZA

TATIANE DIDIO

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL REALIZADAS
PELOS PAIS E ATIVIDADE DE CÁRIE DAS CRIANÇAS ATENDIDAS
NA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL DA FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA UFRGS**

PORTO ALEGRE

2010

CAROLINE DA COSTA SOUZA

TATIANE DIDIO

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL REALIZADAS
PELOS PAIS E ATVIDADE DE CÁRIE DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NA
CLÍNICA INFANTO-JUVENIL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DA UFRGS**

**Trabalho de Conclusão de Curso, a ser apresentado à
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.**

Orientador: Prof. Dr. Fernando Borba Araújo

Co-orientadora: Prof^a: Patrícia Luz

Departamento de Odontologia Conservadora da FO-UFRGS,

Professor Titular da Disciplina de clínica Infanto-Juvenil

Porto Alegre

2010

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos pais, que sempre nos apoiaram e aceitaram se privar da nossa companhia pelos estudos, concedendo a nós a oportunidade correr atrás de nossos ideais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o auxílio de nossos orientadores na elaboração e explanação de idéias, em especial à Professora Patrícia Luz, que foi uma das responsáveis pela excelente condução do estudo.

Aos nossos familiares pelo incentivo e compreensão.

À Disciplina de Clínica Infanto-Juvenil e aos alunos que a compunham, por nos conceder acesso a suas dependências e boa vontade ao fornecer informações para o desenvolvimento deste trabalho.

À funcionária Julcelaine, por estar sempre pronta para nos ajudar.

Aos nossos amigos e colegas que estiveram presentes e serviram de apoio nas horas mais difíceis.

Aos Professores avaliadores (banca) que nos fazem crescer em nossa futura profissão.

E, acima de tudo, a Deus, que nos concebeu esta oportunidade de estarmos vivos, desfrutar de boa saúde e sermos parte de uma parcela da população que tem oportunidade de estudar para realizar seus sonhos.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento e as práticas de saúde bucal dos pais e/ ou responsáveis pelas crianças atendidas na Clínica Infanto-juvenil, da FO-UFRGS. Assim como, conhecer alguns aspectos relacionados à saúde bucal destas crianças.

Foram avaliados 71 questionários auto-aplicáveis, os quais continham questões sobre dados gerais da criança; condições sócio-econômicas e grau de instrução dos responsáveis; higiene bucal e hábitos alimentares da criança; motivo e frequência de visitas ao dentista. Após, foram coletados os dados de IPV, ISG, prevalência e atividade de cárie das respectivas crianças.

Como resultado, obtivemos a predominância de uma população de baixa renda (85,9%) e a média de idade das crianças foi de 7,3 (2,36). As médias do índice de sangramento gengival e do índice de placa visível foram, respectivamente, 20% e 32,8%. Encontramos, também, elevados níveis de atividade de cárie (62%).

Com base nos resultados obtidos neste estudo, concluí-se que os pais das crianças atendidas na clínica de odontopediatria da UFRGS ainda não sabem o suficiente sobre cárie dentária para que suas práticas de higiene bucal e dieta sejam satisfatórias e para que os índices de IPV, ISG e atividade de cárie sejam controlados.

Palavras-chave: Saúde bucal, crianças, hábitos, conhecimento e práticas de saúde bucal

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the knowledge and the oral health practices of the parents and/or responsables for the children attended at the Infanto-juvenil Clinic, of FO-UFRGS, to investigate children oral health parameters.

71 parents were evaluated through a questionnaire self-applied, which had questions around children's general data, socioeconomic conditions and parent's level of instruction, oral hygiene and nourishment habits, reason and frequency of dentist visits. Thereupon, IPV, ISG, prevalence and dental carie activity of the related children were collected.

It was found a predominance of low income at the population (85,9%) and the average age was 7,3 (2,36). The mean GBI and VPI were, respectively, 20% and 32,8%. We found high levels of carie activity too (62%).

Based on the results from this study, we concluded that the parents of the children attended at the odontopediatria clinic of UFRGS still don't know enough about dental carie in order to develop satisfactory oral hygiene practices and nourishment habits and to control the index of VPI, GBI and carie activity of their kids.

Key words: Oral health, children, habits, knowledge and practice of oral health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características demográficas da amostra

Tabela 2. Hábitos de Higiene Bucal das crianças

Tabela 3. Hábitos de dieta da criança

Tabela 4. Conhecimento dos pais/responsáveis sobre cárie

Tabela 5. Características odontológicas da criança

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ceo-d	Dentes decíduos cariados, com extração indicada
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
CPOD	Dentes cariados, perdidos e obturados
CSEM	Centro de Saúde Escola Murialdo
IPV	Índice de Placa Visível
ISG	Índice de Sangramento
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	12
3. REVISÃO DE LITERATURA	13
4. METODOLOGIA	18
4.1 POPULAÇÃO	18
4.2 TIPO DE ESTUDO	18
4.3 MEDIDAS	18
4.3.1 Questionário	18
4.3.2 Exame Bucal	19
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	20
4. RESULTADOS	21
5. DISCUSSÃO	27
6. CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A – Questionário	35
APÊNDICE B – Consentimento Livre e Esclarecido	38
ANEXO – Ficha clínica	40

1 INTRODUÇÃO:

Os principais acometimentos bucais em crianças são: cárie, doenças periodontais, traumatismos, fluorose, problemas ortodônticos e problemas de formação dentária.¹² Eles geralmente são causados por maus hábitos alimentares e de higiene, por hábitos parafuncionais e por ingestão de substâncias deletérias à formação dentária.^{7, 8 e 19} Contudo, a cárie é a doença bucal mais prevalente entre crianças.¹ Dados do “Projeto SB Brasil 2003” mostraram que uma criança brasileira de até 3 anos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária. Aos 5 anos esta média aumenta para quase 3 dentes afetados.⁶

Segundo Fejerskov (1996 e 2004), a cárie é uma doença multifatorial, seu aparecimento e controle dependem de inúmeros fatores que isolados não desencadeiam mudanças no meio.^{2 e 3} Consumo frequente de sacarose, controle de placa, suscetibilidade do hospedeiro e utilização de fluoretos determinam o processo de desmineralização dentária. Porém, fatores socioeconômicos, sociodemográficos, culturais, psicológicos e biológicos também afetam indiretamente o desfecho saúde e doença.^{7, 2 e 3}

Nas últimas décadas têm-se observado um decréscimo na incidência da doença cárie e um aumento do número de indivíduos livres de doença na população, isso se deve ao maior acesso ao flúor (em dentifrícios e na água de abastecimento) e a valorização de medidas preventivas.⁸ Moura (2008) destacou que alta renda e conhecimento são fatores que favorecem a escolha de decisões saudáveis ao longo da vida e o maior acesso a profissionais da saúde, explicando a diminuição da incidência de cárie em camadas sociais mais favorecidas.⁹ Assim, um processo de polarização da doença se desenvolveu, onde uma parcela excluída e vulnerável socialmente responde pelo maior contingente de pessoas afetadas atualmente.⁸

A prevenção e a educação são ferramentas de saúde pública importantes no controle coletivo da doença cárie, são métodos de grande abrangência e baixo custo.¹⁰ É de extrema importância o acompanhamento odontológico da criança já nos primeiros anos de vida, quando os hábitos de saúde bucal estão se formando e se firmando.¹¹ O exemplo estabelecido pelos pais, ou responsáveis, e os conhecimentos acerca de saúde bucal exercem impacto direto no desenvolvimento dos hábitos das crianças. Estudos revelam que antes dos oito anos de idade a motricidade fina ainda não está completamente desenvolvida, impedindo que crianças abaixo dessa faixa

etária realizem adequadamente sua higiene oral.¹¹ Sendo assim, é dever dos pais supervisionar e auxiliar nesse processo³ e dever dos cirurgiões dentistas orientar corretamente os pais quanto à saúde bucal de seus filhos.¹² Além disso, autores destacam que fatores como renda e grau de instrução dos pais influenciam no desenvolvimento de patologias bucais, como cárie e gengivite.^{7, 13, 14 e 15}

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem o objetivo de avaliar o conhecimento, atitudes e as práticas de saúde bucal dos pais e/ou responsáveis pelas crianças atendidas na Clínica Infanto-juvenil, da faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E, com isso, gerar indicadores de saúde bucal, placa e cárie sobre essa população.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Conhecer alguns aspectos relacionados à saúde bucal das crianças atendidas na Clínica Infanto-juvenil da UFRGS, tais como índice de placa visível, índice de sangramento gengival, prevalência e atividade de cárie, bem como obter dados sobre fatores sócio-demográficos e comportamentais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

BARREIRA AK, et al.¹⁶, em 1996, teve como objetivo conhecer o perfil dos pais dos pacientes atendidos na clínica de graduação da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, avaliando percepção/conhecimento e práticas relacionadas à sua saúde bucal. Foram entrevistados 49 pais de baixa renda, utilizando-se de um questionário misto, contendo identificação, abordagem sócio-econômica e questões quantitativas qualitativas sobre saúde bucal. Os resultados mostraram que quanto ao nível de conhecimento e percepção de higiene oral, 73% dos pais consideravam cárie uma doença, mas apenas 24% deles afirmaram ser a cárie transmissível. Quanto à frequência de escovação muitas pessoas tiveram acesso à informação de que devem escovar os dentes ao menos 3 vezes ao dia, mas mesmo assim não fazem disso um hábito e confessam ser negligentes com sua própria saúde bucal. Quanto aos cuidados relacionados à saúde da criança ficou comprovado que esta população em geral só se preocupa com a saúde bucal quando os problemas já estão instalados e que falta despertar nas pessoas o interesse por medidas preventivas de saúde. O estudo concluiu que há conhecimento dos pais com relação a fatores etiológicos e prevenção das doenças bucais, principalmente relacionados à doença cárie. Entretanto estes conhecimentos não são suficientes para modificar o comportamento, automotivando-os à promoção de saúde bucal.

O estudo de MATILA et al.¹⁷, em 2000, avaliou a prevalência de cárie e seus preditores (fatores sociodemográficos, hábitos familiares e hábitos de saúde bucal) em crianças de cinco anos de idade. Foi selecionada uma amostra de 1443 mães que esperavam seu primeiro filho, a criança foi acompanhada em clínicas pediátricas e odontológicas durante cinco anos. Os achados basearam-se em um questionário e em exames clínicos aos cinco anos de idade. As análises mostraram que o $\text{ceo-d} > 0$ possui associação estatisticamente significativa com escovação irregular, ocorrência anual de inúmeras cáries no pai, consumo diário de sacarose elevado aos 18 meses, ocorrência de enxaqueca, coabitação dos pais, moradia em zona rural, gravidez precoce e pobre higiene bucal da mãe. Os autores concluíram que a atenção deve ser focada na família, nos hábitos de saúde bucal e estilos de vida e os pais devem ser motivados a melhorar os hábitos bucais das crianças.

O estudo de PERES KG et. al.⁷, também de 2000, teve como objetivo conhecer as diferenças sociais e de comportamento em relação à cárie dentária em dois grupos de

crianças de 12 anos de idade com diferentes graus de severidade de cárie. Partindo-se dos resultados obtidos no levantamento epidemiológico em saúde bucal, realizado em Florianópolis, em 1995, foram identificados dois grupos distintos de crianças de 12 anos de idade residentes em região com água fluoretada. Através das fichas de exame utilizadas no levantamento localizaram as mães e os responsáveis pelas crianças no domicílio, elaborou-se uma entrevista estruturada com perguntas e comparou-se algumas condições sociais e de comportamento entre estes dois grupos com severidades distintas da cárie dentária: um com alto/muito alto ($n=50$) e outro com muito baixos níveis da doença ($n=50$), através da análise de regressão logística multivariada. Os resultados mostraram que a maioria das crianças com alta severidade de cárie pertencia às famílias com menor renda familiar ($p<0,05$). Além disso, o alto grau de escolaridade do pai mostrou-se associado com baixa severidade de cárie dentária ($p<0,05$). Para as variáveis comportamentais, apenas a “frequência de consumo de doces” e o “motivo da consulta odontológica” foram estatisticamente significativas. As crianças do grupo de alta severidade de cárie consumiam com mais frequência produtos cariogênicos do que as crianças com baixa severidade ($p < 0,001$). As crianças com baixa severidade de cárie procuraram mais o dentista para controle do que as de alta severidade de cárie ($p < 0,003$). Os resultados do estudo reforçam a importância da baixa renda familiar como fator de risco para a cárie dentária, independente dos outros fatores estudados. Com relação aos fatores comportamentais, o consumo de produtos cariogênicos foi o mais relevante. Assim, esforços no sentido de mudança desse hábito constituem-se em importantes desafios de políticas públicas de abrangência nacional.

COUTO CM et al.¹⁸ (2001) avaliou o nível de conhecimento das mães das crianças de zero a três anos sobre saúde bucal de seus filhos. Foi utilizada a técnica da entrevista dirigida em 68 mães, sendo 34 correspondentes ao nível sócio-econômico alto (A), cujos filhos frequentavam escolas particulares, e 34 pertencentes nível sócio-econômico baixo (B), cujos filhos frequentavam creches públicas em Belo Horizonte, MG. Observou-se que 67,7% das mães de nível sócio-econômico A conheciam adequadamente os cuidados para com a saúde bucal dos seus filhos, contra apenas 17,6% do nível B. Na categoria A 94,1% das mães tinham conhecimento sobre dieta mais adequada ao seu bebê, contra 35,3% das de nível B. A frequência e momento adequados em relação a higiene bucal das crianças foram maior em A (70,6%), em comparação com B (23,5%). A totalidade das mães A (100%) sabiam a finalidade do uso de fluoretos, contra 58,8% das mães B. Tendo em vista os resultados percebeu-se

que as mães de nível sócio-econômico A detiveram um adequado acervo de informações sobre a saúde bucal de seus filhos, o que não ocorreu com mães do nível sócio-econômico B, indicando que o fator sócio-econômico B interfere marcadamente no acesso à informação.

Em 2001, FRAIZ¹⁹ investigou os fatores relacionados à cárie em pré-escolares sujeitos a cuidados bucais intensivos. O estudo abrangeu 200 crianças de 24 a 48 meses que participavam do programa Bebê Clínica, em Londrina. Exames intrabucais foram realizados nas crianças e as mães responderam a questionários avaliando hábitos de dieta, higiene bucal, fatores comportamentais e socioeconômicos. Os resultados revelaram que a presença de placa visível nos incisivos superiores, padrões inadequados de higiene e dieta, educação formal dos pais (igual ou menor a oito anos) e uso de mamadeira durante o sono estavam associados a presença de cárie dentária.

AQUILANTE, AG et al. (2002)²⁰ objetivou avaliar o nível de conhecimento odontológico dos pais/responsáveis de um grupo de escolares em Bauru-SP e a motivação para atitudes de saúde bucal das crianças. Utilizou-se um questionário auto-aplicável para os pais/responsáveis e outro para as crianças da 3ª série do 1º grau. Na análise comparativa entre o desempenho dos pais/responsáveis e de seus filhos constatou-se que os níveis de educação em saúde bucal são extremamente semelhantes. Conclui-se que houve correlação entre o nível de educação odontológica do pais/responsáveis e a motivação e educação odontológica de seus filhos.

MOIMAZ et al¹², em 2005, avaliou a influência de hábitos alimentares, prática de higiene e educação em saúde dos pais na ocorrência de cárie dental. Foram examinadas 130 crianças entre 0 e 60 meses, no município de Bilac, São Paulo, em um dia de campanha de multivacinação. Também foi aplicado um questionário aos pais. Perguntas envolvendo hábitos alimentares e de higiene, da criança, e educação dos pais foram avaliadas. Foi detectado que somente 23% das crianças possuía cárie, 83% consumia mamadeira à noite, e dessas, 79,6% continha açúcar em seu interior, fator associado com a cárie dentária nesse grupo. Porém, 50% dos pais era responsável pela higiene bucal das crianças e 27,6% era responsável em conjunto com a criança, o que pode explicar o grande número de indivíduos livres de cárie (76,1%), juntamente com o uso de fluoretos (87,6%). Não foi encontrada correlação entre o grau de educação dos pais e a presença de cárie. Os autores discutem que a educação sobre saúde bucal dos pais é necessária desde cedo, mesmo durante a gravidez, pois a gestante é mais suscetível a adquirir hábitos saudáveis que serão repassados para a criança.

Em 2008, um estudo de SILVA DDF²¹ avaliou as percepções e os conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada uma entrevista estruturada abordando questões socioeconômicas e de conhecimentos sobre cuidados bucais e dieta na primeira infância, testada anteriormente em um estudo-piloto. Com uma amostra de 235 indivíduos, os dados foram coletados em seis Unidades Básicas de Saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), localizadas no Bairro Partenon, no Município de Porto Alegre, RS; durante a campanha de multivacinação do ano de 2004. Quanto ao nível de percepção dos pais ou responsáveis acerca dos cuidados com a saúde bucal das crianças, 45% dos entrevistados consideraram que a higiene bucal das crianças deveria ser iniciada antes dos seis meses de idade, sendo que para 57% a gaze ou a fralda seriam os instrumentos adequados para a higienização bucal no primeiro ano de vida da criança. Quanto à autonomia para a realização da mesma, 57% de pais e responsáveis relataram que a criança teria capacidade de escovar seus dentes entre um e três anos de idade, sendo que 35% das pessoas acreditavam que a criança deveria ir à primeira consulta odontológica entre um e três anos. Quanto ao nível de percepção dos pais ou responsáveis acerca dos hábitos alimentares das crianças 69% responderam que o açúcar poderia ser introduzido na dieta já no primeiro ano de vida. Então, o estudo concluiu que os pais ou responsáveis por crianças desta população apresentam inadequados conhecimentos sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância. Por isso, é fundamental a priorização de ações educativas voltadas a esse público na atenção primária à saúde, uma vez que as famílias, dentro de suas diversidades socioculturais, têm um grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal das crianças.

Mais recentemente, o estudo de PAREDES¹⁴, em 2009 registrou a prevalência de cárie e testou sua associação com alguns fatores sociais e comportamentais em crianças atendidas na Clínica de Cariologia da Universidade Federal do Paraíba, em João Pessoa. Um total de 410 crianças entre 3 e 13 anos foram selecionadas ao acaso, entre 2005 e 2008. Os dados quanto à saúde bucal foram retirados dos prontuários e os exames seguiram o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde. Um questionário foi aplicado envolvendo hábitos de higiene oral, dieta e aspectos socioeconômicos. Aproximadamente 32,7% das crianças apresentavam-se livres de cárie. Em relação aos hábitos de higiene bucal, a maioria relatou escovar seus dentes três ou mais vezes (44,8%), sem ajuda dos pais (61,9%), e 73,1% não usavam fio dental. O consumo de

alimentos com açúcar entre as refeições foi relatado por 97% das crianças. Renda familiar e escolaridade paterna constituíram fatores de risco para a presença da doença cárie. O maior percentual de crianças livres de cárie foi encontrado nos indivíduos que possuíam supervisão ou assistência de um adulto durante a escovação. Os autores concluíram que é necessário fortalecer a educação em saúde bucal de pais e crianças, a fim de melhorar o controle mecânico de biofilme, através de escovação supervisionada e tratamento precoce quando necessário.

4 METODOLOGIA:

4.1 POPULAÇÃO

Foram avaliadas neste estudo as crianças atendidas na Clínica Infante Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS e os seus responsáveis.

Foram incluídos no estudo todos os responsáveis que acompanharam suas crianças às consultas durante o período de 19 de agosto a 30 de agosto de 2010 e aceitaram participar da pesquisa; assim como suas respectivas crianças.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da UFRGS-COMPESQ e todos os responsáveis que aceitaram o convite para participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional transversal analítico.

4.3 MEDIDAS

Todos os questionários e exames foram realizados em espaços da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Os exames odontológicos foram realizados pelos alunos da Clínica Infante-Juvenil com supervisão dos professores. Os questionários foram respondidos pelos seus responsáveis no corredor da faculdade, enquanto as crianças estavam em consulta.

4.3.1 Questionário

Um questionário^{6, 12, 16 e 21} auto-aplicável foi respondido pelos responsáveis, que foram orientados pelas autoras do estudo. Este questionário continha questões sobre dados gerais da criança; condições sócio-econômicas e grau de instrução dos responsáveis; higiene bucal e hábitos alimentares da criança; motivo e frequência de visitas ao dentista e conhecimento sobre saúde.

Em relação aos dados gerais da criança, foi perguntado nome, endereço, telefone, sexo, data de nascimento, raça ou cor segundo o responsável. Quanto aos dados sobre as

condições sócio-econômicas e grau de instrução dos responsáveis foi perguntado sobre seu estado civil, alfabetização, anos de estudo, renda familiar média e número de pessoas que moram na casa.

Foram feitas perguntas sobre a higiene bucal da criança (uso de escova, pasta dental, fio dental e palito, abrangendo frequência de uso e auxílio dos pais no momento da higienização). Além disso, a saúde bucal na primeira infância foi avaliada por meio das seguintes perguntas: 1. Quando a criança começou a higienizar a boca? 2. O que foi utilizado para fazer a higiene bucal da criança 3. Com que idade a criança começou a escovar os dentes sozinha? 4. Seu filho teve dificuldades para realizar a higiene bucal?. Quanto a dieta foi avaliado uso e conteúdo da mamadeira, período de início e frequência de ingestão de açúcar e percepção sobre os malefícios do consumo de alimentos açucarados sobre a saúde bucal.

Também foram abordadas questões sobre o acesso a cuidados odontológicos através de perguntas a respeito do motivo e frequência de visitas ao dentista.

Algumas questões utilizadas para a avaliação do conhecimento sobre saúde bucal foram: “Você considera cárie uma doença?”, “Você acha que cárie é transmissível?”, “Saúde bucal afeta a saúde geral?”. O questionário foi concluído com uma pergunta relacionada a principal fonte de informações sobre higiene bucal recebida pelo responsável.

4.3.2 Exame Bucal:

Foram avaliados Índice de Placa Visível (AINAMO e BAY, 1976), Índice de Sangramento Gengival (AINAMO e BAY, 1976)²², o índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados – CPOD (World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva; 1997.) e a atividade de cárie (Nyvad).

Os exames foram realizados pelos alunos matriculados na Clínica Infanto-juvenil e, posteriormente à conferência dos professores, os dados foram coletados pelas autoras deste estudo.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Com auxílio do software SPSS Statistics 17.0 os dados foram avaliados. Primeiramente, foram realizadas análises estatísticas descritivas das principais variáveis abordadas no questionário e no exame clínico.

Após, a atividade de cárie foi considerada como desfecho primário e por isso foi testada a presença de associação entre ela e as variáveis estudadas conhecimento e práticas. Para tanto, foi necessário dicotomizar as variáveis de forma a se obter grupos com razoável distribuição das observações nas tabelas 2x2. Para realização da avaliação da associação entre presença/ausência de atividade de cárie e as de mais variáveis estudadas foi utilizado o teste qui-quadrado. Foi considerado nível de significância de 5%.

5. RESULTADOS

Foram avaliados neste estudo 71 questionários respondidos pelos responsáveis pelas crianças atendidas na Clínica Infanto-juvenil da faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e 71 exames de IPV, ISG,CPOD e atividade de cárie, das mesmas crianças correspondentes aos questionários.

Dentre as características dos 71 indivíduos avaliados, 41 eram do sexo feminino e 30 do sexo masculino. A média de idade foi 7,3 ($\pm 2,36$) anos. Em relação ao estado civil dos responsáveis, a maioria (60,6%) era casada e relatou ter mais de 8 anos de estudo (64,8%). Tabela 1.

Tabela 1. Características da amostra (n=71)

		n/média (dp)	%
Sexo (criança)	Masculino	30	42,3
	Feminino	41	57,7
Estado civil (responsável)	Solteiro	20	28,2
	Casado	43	60,6
	Divorciado	6	8,5
	Viúvo	2	2,8
Escolaridade (responsável)	até 4 anos	4	5,6
	de 4 a 8 anos	15	21,1
	mais de 8 anos	46	64,8
	ensino superior completo	6	8,5
Renda (pessoal)	até 1 salário mínimo	22	31
	2 a 3 salários mínimos	39	54,9
	3 a 5 salários mínimos	4	5,6
	mais de 5 salários mínimos	5	7
	não soube informar	1	1,4
Moradores/domicílio	de 1 a 3	24	33,8
	de 4 a 6	42	59,2
	de 7 a 10	5	7
Idade (criança)		7,3 (2,36)	

A avaliação dos hábitos de higiene bucal da criança, mostrou que a maioria delas (64,8%) iniciou sua higienização bucal entre 6 e 12 meses, e a faixa de 1 a 3 anos correspondeu a idade em que, com mais frequência, a criança começou a realizar higiene bucal sozinha, 56,3% dos casos; seguido de 4 a 6 anos, 39,4%. Dos

responsáveis, 53,5% relataram que a criança faz birra algumas vezes na hora de realizar a HB. Tabela 2.

Tabela 2. Hábitos de Higiene Bucal da criança (n=71)

Higiene Bucal		n	%
Quando iniciou a HB da criança?	antes de 1 mês	9	12,7
	entre 6 e 12 meses	46	64,8
	entre 12 e 36 meses	13	18,3
	não sabe/não lembra	3	4,2
Quando a criança passou a realizar HB sozinha?	de 1 a 3 anos	40	56,3
	de 4 a 6 anos	28	39,4
	7 ou mais	0	0
	não sabe/não lembra	3	4,2
Qual a quantidade de creme dental utilizada?	cobre menos da 1/2 das cerdas	15	21,1
	cobre a 1/2 das cerdas	31	43,7
	cobre mais da 1/2 das cerdas	25	35,2
Como é realizada a higiene entre os dentes da criança?	não é realizada HB entre os dentes	19	26,8
	fio dental	45	63,4
	Palito	5	7
	Outros	2	2,8
A criança faz birra para realizar HB	Nunca	27	38
	algumas vezes	38	53,5
	Sempre	6	8,5

Sobre os hábitos de dieta da criança, 70,4% das crianças iniciaram o consumo de alimentos com sacarose antes do 1º ano de vida, 26,8% iniciaram após o 2º ano de vida. Quanto ao uso da mamadeira apenas 18,3% das crianças faziam uso desta, sendo que 46% usavam para adormecer ou durante a madrugada e 30% colocavam açúcar no conteúdo da mamadeira. Tabela 3

Tabela 3. Hábitos de dieta da criança

		n	%
Quando a criança iniciou o consumo de alimentos com sacarose	nunca consumiu	0	0
	antes do 1º ano de vida	50	70,4
	após o 1º ano de vida	19	26,8
	não sabe/não lembra	2	2,8
Faz uso de mamadeira atualmente	Não	58	81,7
	Sim	13	18,3
Qual a frequência de beliscadas entre as refeições	Não costuma beliscar	13	18,3
	até 3 vezes por dia	31	43,7
	mais de 3 vezes por dia	26	36,6
	não sabe/não lembra	1	1,4

O levantamento sobre conhecimento dos pais ou responsáveis sobre cárie revelou que 50 (70,4%) deles nunca receberam informações sobre cárie e 52 (73,2%) consideram a cárie uma doença. No entanto, 42 (59,2%), dos responsáveis não consideram ou não sabem se cárie é transmissível.

Tabela 4. Conhecimento dos pais/responsáveis sobre cárie (n=71)

		N	%
Você recebeu informações sobre cáries?	Sim	20	21
	Não	50	70,4
	Não sabe/não lembra	1	1,4
Você considera cárie uma doença?	Sim	12	16,9
	Não	52	73,2
	Não sabe	7	9,9
Você acha cárie transmissível?	Sim	29	40,8
	Não	23	32,4
	Não sabe	19	26,8

As características odontológicas da criança revelaram que apenas em 13 casos (18,3%) dor foi o motivo da primeira consulta odontológica. Quanto à atividade de

cárie, foi encontrado que das 71 crianças inseridas no estudo, 44 (62%) eram cárie ativas. Tabela 5

Tabela 5. Características odontológicas da criança (n=71)

		N	%
Motivo da primeira consulta odontológica	Dor	13	18,3
	Tratamento sem dor	30	42,3
	Revisão	26	36,6
	não sabe/não lembra	2	2,8
Atividade de cárie	Cárie inativo	27	38
	Cárie ativo	44	62

A média do ISG e IPV foram, respectivamente, 20% e 32,8%. Figura I.

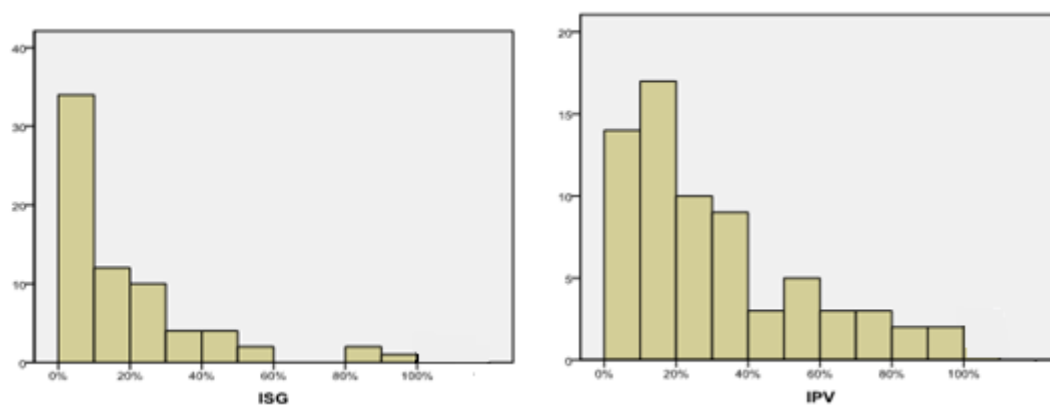


Figura 1

Ao dicotomizar mais de 20% dos sítios com placa e menos de 20% dos sítios com placa), foi encontrada diferença significativa ($p=0,049$), ou seja, quem tem mais placa acumulada nas superfícies dentais apresenta significativamente maior prevalência de atividade de cárie. O mesmo ocorreu em relação ao ISG, sendo $p=0,039$.

Em relação ao CPOD a média (desvio padrão) encontrada foi de 5,69% ($\pm 4,291$), sendo que o mínimo encontrado foi de 0 e o máximo foi de 16 dentes afetados. Figura 2.

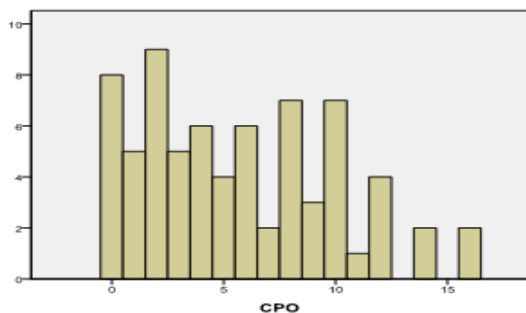
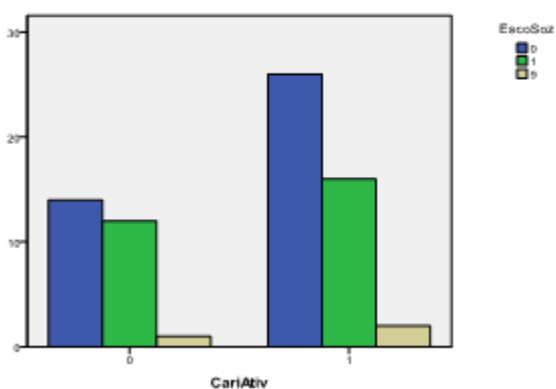


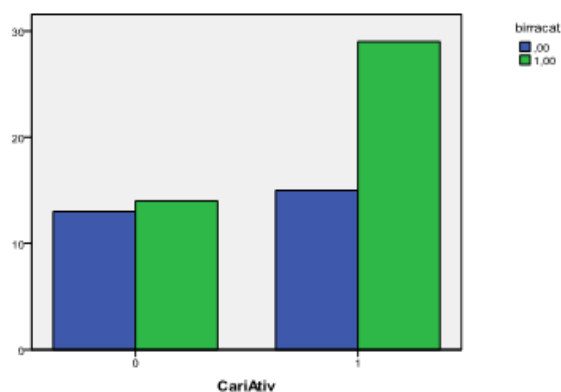
Figura II

Ao dicotomizar as variáveis de atividade de cárie e a idade em que as crianças começaram a escovar os dentes sozinhas, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0.62$). Porém, é possível observar que a atividade de cárie é superior no pacientes que iniciaram a escovação sem supervisão dos pais mais cedo (27) em relação àqueles que escovavam com supervisão até pelos menos três anos de idade (16). Figura 3.



- 0- iniciou a escovar os dentes sozinho de 1 a 3 anos.
- 1- Iniciou a escovar os dentes sozinho após os 3 anos
- 9 – não sabe/não lembra

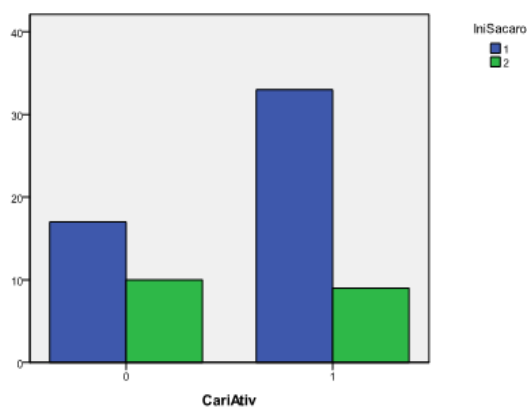
Ao relacionar se a criança faz ou não birra e comparar com seu perfil de atividade de cárie não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p= 0.3$). Entretanto, é possível observar que as crianças que fazem birra para escovar, apresentam aproximadamente o dobro de atividade de cárie (29%) em relação as crianças que não fazem birra (14%). Figura IV



0=não faz birra

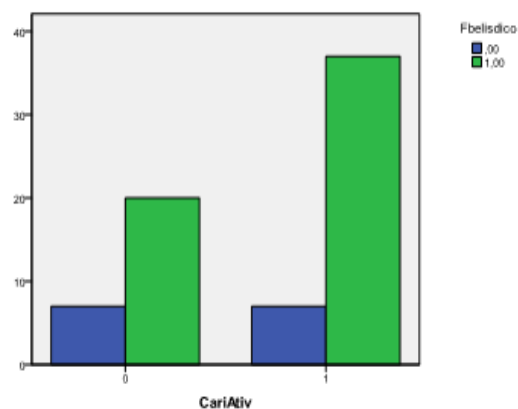
1= faz birra

Na correlação entre início de consumo de sacarose e atividade de cárie o valor de p também não foi significativo ($p=0,17$), embora haja uma tendência da prevalência de atividade de cárie ser maior entre as crianças que iniciaram o consumo de sacarose antes do primeiro ano de vida em relação as cárie-ativas que iniciaram o consumo de sacarose após o 1º ano de vida. O mesmo ocorreu ao avaliar a frequência de beliscadas entre as refeições e atividade de cárie ($p=0,36$), com tendência das crianças carie ativas beliscarem mais do que as sem atividade de cárie. Figura V.



0= início de consumo de sacarose antes de 1 ano de idade

1= início de consumo de sacarose após 1 ano de idade



0= menos de 3 beliscadas entre as refeições por dia

1= mais de 3 beliscadas entre as refeições por dia

6. DISCUSSÃO

Os hábitos de higiene são fortes determinantes nos padrões de saúde bucal e esses cuidados estão diretamente relacionados ao nível de instrução e de renda dos indivíduos (AQUILANTE ET AL, 2002). Os resultados do presente estudo evidenciam os baixos níveis de escolaridade e de renda da população estudada. Estes fatos colocam os indivíduos estudados em situação de risco para desenvolvimento de doenças bucais (FAUSTINO-SILVA ET AL, 2008). Nossos achados confirmaram esta última afirmação, já que o CPOD médio da amostra foi considerado alto (5 dentes afetados) e 62% da amostra possuía atividade de cárie.

Em relação aos hábitos de higiene, por volta de 2 anos de idade, as crianças geralmente querem realizar a higienização sozinhas. É importante que isto seja respeitado e inclusive, incentivado, mas os pais devem ser orientados para refazer o processo após a criança realizar a escovação (UNKEL ET AL, 1995). Portanto, é necessária a participação dos pais durante a escovação dentária dos filhos, devido a falta de motricidade das crianças, para uma efetiva remoção de biofilme dentário (NEWBRUN, 1993). No entanto, com o passar do tempo a criança se tornará cada vez mais capaz de realizar a atividade sozinha. E, por volta dos 7 ou 8 anos a criança não mais necessitará da supervisão dos pais (MARTINS ET AL, 1999). Porém; os resultados do nosso estudo revelam que 56,3% das crianças iniciaram sua escovação entre 1 e 3 anos, o que também pode ter contribuído para o alto índice de atividade de cárie na amostra, pois revela que os pais nunca estiveram muito preocupados com a saúde bucal de seus filhos, e isso reflete nas deficiências de remoção de biofilme observadas atualmente na população estudada. Esses dados coincidem com os relatados pelo estudo de FAUSTINO-SILVA, que encontrou que 57% dos responsáveis acreditavam que, a criança, com esta idade já tem condições de realizar sua higiene bucal sozinha. MOIMAZ¹², em 2005, verificou que 50% dos pais eram responsáveis pela higiene bucal de seus filhos, o que explica o grande número de indivíduos livres de cárie em seu estudo. Esses achados também foram observados por PAREDES 2009,¹⁴ que relatou um maior percentual de crianças livre de cárie quando havia supervisão ou assistência de um adulto durante a escovação, evidenciando a importância da participação dos pais durante a higiene bucal da criança.

Quanto aos fatores comportamentais e dieta, apesar do presente estudo não ter encontrado diferença estatisticamente significativa, a tendência observada corrobora

com o achado de outros autores (PERES KG). É possível observar tendências na amostra: a taxa de atividade de cárie é superior nos pacientes que iniciaram a escovação sem supervisão dos pais e mais cedo; os que faziam birra para escovar apresentaram aproximadamente o dobro de atividade de cárie; os que iniciaram o consumo de sacarose antes do primeiro ano de vida e os que beliscam mais de 3 vezes entre as refeições também tiveram mais tendência a alta atividade cariogênica.

Ainda sobre fatores comportamentais e dieta, FRAIZ 2001 afirma que o alto consumo de açúcar, a presença de placa dentária nos incisivos superiores, padrões inadequados de remoção de placa, mau comportamento durante a higiene bucal em casa e uso de mamadeira associada ao sono são fatores associados ao risco de cárie dentária. Levando em consideração estas colocações, analisamos nossos resultados e observamos que 46% das crianças que utilizavam a mamadeira, faziam uso noturno deste instrumento, sendo que 30% continham sacarose; que 53% das crianças faziam birra na hora da HB e que a maioria beliscava em torno de 3 vezes ao dia. Estas observações explicariam o alto índice CPOD e concordariam com os resultados obtidos por FRAIZ.

Quanto ao nível de conhecimento sobre saúde bucal, 73,2% dos responsáveis consideravam cárie uma doença e 40,8% afirmaram ser cárie transmissível. BARREIRA et al. Encontraram resultados semelhantes na clínica de odontopediatria da FOUFBA, onde 73% dos pais consideravam cárie uma doença, mas apenas 24% deles afirmaram ser a cárie transmissível.

AQUILANTE, em 2002, observou que há correlação entre o nível de educação dos pais/responsáveis e a motivação e educação odontológica de seus filhos, dado não observado neste estudo pois a maioria dos pais possuía o mesmo nível educacional.

No presente estudo observamos que algumas variáveis não foram estatisticamente significativas quando comparadas com a atividade de cárie dos indivíduos, no entanto é possível observar tendências ao longo da análise dos dados fornecidos. Hipóteses de viés também podem ser atribuídas: o tamanho da amostra pode ter sido pequeno e com uma população maior, talvez, os dados mostrassem significância; o questionário era auto-aplicável, assim não se sabe o quanto os responsáveis entenderam do solicitado; o viés de lembrança pode estar presente, as informações podem ter sido distorcidas ao longo no tempo na memória dos responsáveis; os responsáveis não eram sempre os pais, por isso não sabiam responder várias questões; e os exames foram realizados por alunos não calibrados, mesmo sendo

conferidos por 4 professores da disciplina, pode ter ocorrido diferenças na coleta dos exames.

7. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos neste estudo, concluí-se que os pais das crianças atendidas na clínica de odontopediatria da UFRGS ainda não sabem o suficiente sobre cárie dentária para que suas práticas de higiene bucal e dieta sejam satisfatórias e para que os índices de IPV, ISG e atividade de cárie sejam controlados.

Ao atender uma criança, o profissional de saúde não pode vê-la como um ser isolado, mas como parte de seu contexto familiar²⁷. Sendo assim, recomenda-se a promoção de informações acerca de saúde bucal aos pais, principalmente durante a gravidez quando a mãe está mais receptiva a adquirir conhecimento e hábitos saudáveis. É necessário estimular a participação dos pais na higiene bucal dos filhos, pelo menos até os 7 anos, e atentar para adoção de uma dieta não cariogênica.

REFERENCIAS

- 1- Correa, Maria Salete Nahas Pires. Odontopediatria na primeira infância. 3. ed. São Paulo: Liv. Santos, 2010. 923.
- 2- Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res* 2004;38:182-91.
- 3- Fejerskov, O. Concepts about dental caries and consequences for understanding the disease. Symposium Understanding Dental Caries, Aarhus, Denmark, 1996.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de saúde Bucal. Resultados Principais do Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população Brasileira 2002-2003. Brasília-DF, 2004.
- 5- Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco JT Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância dos fatores sócio-econômicos. *Ver Saúde Pública*. 1996; 30(5):413-20.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população Brasileira. Disponível em: www.saude/saudebucal. Acesso em abril. 2010
- 7- Peres KG, Bastos JR, Latorre MR. Severidade de cárie em crianças 3. e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública* 2000;34:402-8.
- 8- Unkel JH, Fenton SJ, Hobbs G, Freire CL. Toothbrushing ability is 17. related to age in child. *J Dent Child* 1995;61:346-8.
- 9- Menoli APV; Fanchin PT; Duarte DA; Ferreira SL; Imparato JCP; Nutrition And Tooth Development; *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, Ponta Grossa, 9 (2): 33-40, jun. 2003
- 10- Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Ver Panam Salud Publica* 2006;19:385-93.
- 11- Costa C., Pereira M., Passadouro R., Spencer B., Higiene Oral na Criança, *Acta Med Port* 2008; 21: 467-474
- 12- Moimaz, SAS.; Martins, RJ.; Forte, FDS ; Saliba, NA; Oral hygiene practices, parents' education level and dental caries pattern in 0 to 5 years-old children; *Braz J Oral Sci*. July-September 2005 - Vol. 4 - Number 14
- 13- Peres MA, Latorre M do RDO, Sheiham A, Peres KG de A, Barros FC, Hernandez PG, Maas AMN, Romano AR, Victora CG. Social and biological early life influence on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:53-63.

- 14- Paredes, SO; Almeida, DB.; Fernandes, JMFA.; Forte, FDS. ; Sampaio, FC.; Behavioral and social factors related to dental caries in 3 to 13 year-old children from João Pessoa, Paraíba, Brazil. *Revista Odonto Ciência (Journal of Dental Science)*, Vol 24, No 3 (2009)
- 15- Guedes-Pinto, Antonio Carlos. *Odontopediatria clínica*. São Paulo: Artes Médicas, 1998. 230 p. : il. *A Dinâmica Da Equipe De Saúde Bucal No Programa Saúde Da Família*
- 16- Barreira A K; Anjos A C V; Soares C D; Vianna D C; Alves A C; Rocha M C S; Vidal S M; Percepção dos pais quanto a saúde bucal na clínica de Odontopediatria FOUBA. In: *Revista Faculdade Odontologia da Universidade Federal da Bahia* Vol. 16-17 (1996:1997), p. 13-20
- 17- Mattila M.L., Rautava P., Sillanpää M. and Paunio P.; Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors; *J DENT RES* 2000; 79; 875
- 18- Couto C M; Rio L M; Martins RC; Martins CC; Paiva S M; A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis sócio-econômicos sobre a saúde bucal de seus filhos bebês. In: *Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte*, v. 37, n. 2, p. 121 - 132, jul/dez 2001
- 19- Fraiz, F. C.; Walter, L. R. de F. Study of the factors associated with dental caries in children who receive early dental care. *Pesqui Odontol Bras*, v. 15, n. 3, p. 201-207, jul./set. 2001.
- 20- Aquilante AG, Bastos JR, Sales Peres SH, Leal RB, Higa AM. Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis de escolares da 3ª série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. *Rev Odontol UNICID* 2002;14:25-34.
- 21- Silva D D F; Ritter F; Nascimento I M F; Paulo V N; Persici S; Rossoni E; Cuidados em saúde bucal na primeira infância : percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. In: *Revista odonto ciência; Journal of dental science. Porto Alegre* Vol. 23, n. 4 (2008), p. 375-379
- 22- AINAMO, J.; BAY, I. Periodontal indexes for and in practice. *Tandlaegebladet*, mar;80(5):149-52, 1976.
- 23- World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4th ed. Geneva; 1997

- 24- Nyvad, B. Deagnosis versus Detection of Caries. *Caries Research* 2004 38 (192-198)
- 25- Newbrun E. Current regulations and recommendations concerning water fluoridation, fluoride supplements, and topical fluoride agents. *J Dent Res.* 1992 May;71(5):1255-65. Review. PubMed PMID: 1607443.
- 26- Martins AL, Tessler AP, Corrêa MS. Controle mecânico e químico 14. da placa bacteriana. In: Corrêa MS. *Odontopediatria na primeira infância.* São Paulo:Santos. 1999. p.271-8
- 27- Lenz, Maria Lucia; FLORES, Rui (Orgs.). *Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos.* Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://www2.ghc.com.br/GepNet/livroatencaoacrianca.pdf>. Acesso em 03/11/2010

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO:

Dados da criança

Nome _____

Telefone _____

Sexo: masculino () feminino ()

Data de nascimento: ____/____/____

Dados do responsável

Nome: _____

Parentesco com a criança: _____

1 - Você está:

- a) casado
- b) solteiro
- c) divorciado
- d) viúvo

2- Você é alfabetizado:

() Sim () Não

3- Você estudou até:

- a) nunca estudou
- b) 1-4 série
- c) 5-8 série
- d) 2 grau incompleto
- e) 2 grau completo
- f) superior incompleto
- g) superior completo

4- Qual sua renda mensal média familiar?

- a) até 1 salário mínimo
- b) 1-2 salários mínimos

- c) 2- 3 salários mínimos
- d) 3-5 salários mínimos
- e) 5-10 salários mínimos
- f) 10-20 salários mínimos
- g) mais de 20 salários mínimos
- h) não respondeu
- i) não recebe salário

5- Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL DA CRIANÇA

6- É utilizado pasta de dentes durante a escovação:

() Sim () Não

7- Qual a pasta de dente que é utilizada?

- a) a mesma da família
- b) pasta infantil
- c) não usa

8- Em relação à quantidade de pasta de dente:

- a) cobre totalmente as cerdas
- b) cobre metade das cerdas
- c) cobre menos da metade das cerdas
- d) não usa

9- O que é utilizado para limpar entre os dentes:

- a) nada
- b) palito

- c) fio dental
- d) outro, _____

10 - Com que frequência a criança limpa entre os dentes:

- a) não limpa
- b) 1 vez por dia
- c) 1-2 vezes por dia
- d) 2-3 vezes por dia
- e) 3 ou mais vezes por dia

11- Quando a criança começou a higienizar a boca?

- a) Antes de um mês
- b) Seis meses a um ano
- c) Três anos ou mais
- d) Não sei

12- O que foi utilizado para fazer a higiene bucal da criança quando bebê?

- a) Gaze/fralda
- b) Escova
- c) Não sei
- d) Outro, _____

13- Com que idade a criança começou a escovar os dentes sozinha?

- a) 1 a 3 anos
- b) 4 a 6 anos
- c) 7 ou mais
- d) Não sei

14- Seu filho briga, chora ou faz birra para realizar a higiene bucal?

- a) Nunca
- b) Algumas vezes
- c) Sempre

15- Como seu filho realiza a escovação?

- a) com observação e aconselhamento dos pais
- b) somente aconselhamento sem observação dos pais
- c) sozinho
- d) com o dentista

HÁBITOS ALIMENTARES

16- Com que idade seu filho começou a consumir alimentos açucarados?

- a) Nunca consumiu
- b) Antes de um ano
- c) Entre um e dois anos
- d) Depois dos dois anos
- e) Não sei

17- Quantas vezes por dia a criança consome alimentos açucarados?

- a) Uma vez por dia no máximo
- b) Duas a três vezes por dia
- c) Mais de três vezes por dia
- d) Três a quatro vezes por semana
- e) Não sei

18- Quantas vezes a criança belisca entre as refeições?

- a) Uma vez
- b) Mais de 3 vezes
- c) Mais de 5 vezes
- d) Mais de 7 vezes
- e) não belisca

19- Em sua opinião, beliscar ao longo do dia afeta a saúde bucal?

Sim () Não ()

20- A criança utiliza mamadeira atualmente?

Sim () Não ()

Se sim:

A criança adormece tomando mamadeira?

Sim () Não ()

A criança utiliza mamadeira durante a noite?

Sim () Não ()

A mamadeira da criança contém açúcar?

Sim () Não ()

A mamadeira da criança contém mel?

Sim () Não ()

21- Você acha que doces afetam a saúde bucal?

Sim () Não ()

22- A criança consome água da torneira?

Sim () Não ()

23- Refrigerantes e sucos adoçados afetam a saúde bucal?

Sim () Não ()

MOTIVO E FREQUÊNCIA DE VISITAS AO DENTISTA

24- Com que idade seu filho teve a primeira consulta odontológica?

- a) Até um ano
- b) Um a três anos
- c) após três anos
- d) Não sei

25- Qual o motivo da consulta?

- a) Dor
- b) Tratamento
- c) Revisão
- d) Não sei

26-Que tipo de atendimento foi utilizado?

- a) Privado
- b) Convênio
- c) Público
- d) Não sei

27- É necessário visitar o dentista regularmente?

Sim () Não ()

28- Com que frequência seu filho vai ao dentista?

- a) Regularmente
- b) Quando há dor
- c) Raramente

PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE

29- Você considera cárie uma doença?

Sim () Não ()

30- A criança possui sangramento gengival?

Sim () Não ()

31- Você acha que cárie é transmissível?

Sim () Não ()

32- Saúde bucal afeta a saúde geral?

Sim () Não ()

33- Você já recebeu algum tipo de informação sobre higiene bucal?

Sim () Não ()

34- Se sim, qual a fonte dessas informações?

- a) dentista
- b) médicos
- c) escola
- d) enfermeira
- e) outros: _____

APÊNDICE B



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa não haverá qualquer tipo penalidade ou prejuízo de forma alguma para você. Caso você tenha qualquer pergunta sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com a estudante Caroline da Costa Souza pelo telefone 32463303 (pesquisadora), com a professora Patricia Luz pelo telefone 33085027 bem como no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone 0(xx)51-33084085 o qual monitora este projeto.

Esta pesquisa não tem fins lucrativos, ou seja, você não terá qualquer custo financeiro e também não haverá nenhuma forma de remuneração, ressarcimento ou bonificação caso participe da pesquisa.

Garantimos total sigilo no que diz respeito a sua identidade, ou seja, não haverá qualquer tipo de divulgação de dados que possam identificar os voluntários (como nome, RG, endereço).

Obrigada pela atenção, compreensão e apoio!

Eu, _____, residente no endereço _____, de documento de identidade nº _____, nascido(a) em ____/____/_____, responsável por _____, grau de parentesco _____ concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa **Avaliação do Conhecimento e das Práticas de Saúde Bucal dos Responsáveis pelas Crianças Atendidas na Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da Ufrgs**

. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

O presente trabalho tem o propósito de avaliar o conhecimento e as práticas de saúde bucal dos pais e responsáveis pelas crianças atendidas na Clínica Infanto-juvenil, da faculdade

de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na primeira consulta odontológica, antes de receber qualquer orientação de higiene ou dieta.

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que ao concordar fazer parte deste estudo, serei submetido a (exemplo: um exame clínico da boca)

3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos.

O benefício esperado com a pesquisa será gerar conhecimento sobre as práticas de saúde bucal dos pais e responsáveis pelas crianças atendidas na Clínica Infanto-juvenil, afim subsidiar futuras ações em saúde bucal envolvendo essa população.

4º - Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com as (os) ou pesquisadoras (es) sobre a minha decisão em autorizar minha participação neste estudo. Ficaram claros quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos pertinentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização ao pesquisador responsável pelo estudo de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

_____, _____, _____ de 2010 (local, dia, mês).

Assinatura do responsável:

Assinatura do (s) pesquisador (es) responsável (is):
