



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



LETÍCIA GIFFONI BORGES FONTES

**PRÁTICAS ALIMENTARES E DE HIGIENE
BUCAL EM LACTENTES NA PERSPECTIVA
MATERNA**

UBERLÂNDIA

2018

LETÍCIA GIFFONI BORGES FONTES

**PRÁTICAS ALIMENTARES E DE HIGIENE
BUCAL EM LACTENTES NA PERSPECTIVA
MATERNA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiana Sodr  de Oliveira

UBERLÂNDIA

2018

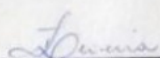



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

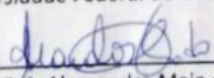
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Leticia Giffoni Borges Fontes** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia **23 de maio de 2018**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo(a) aluno(a) **Leticia Giffoni Borges Fontes**, COM O TÍTULO: **"PRÁTICAS ALIMENTARES E DE HIGIENE BUCAL EM LACTENTES NA PERSPECTIVA MATERNA"**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo se encontra em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

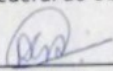
Uberlândia, 23 de maio de 2018.


 Profª. Drª. Fabiana Sodré de Oliveira
 Universidade Federal de Uberlândia – UFU

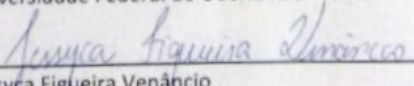

 Aprovado/Reprovado


 Profª. Drª. Alessandra Maia de Castro Prado
 Universidade Federal de Uberlândia – UFU


 Aprovado/Reprovado


 Profª. Drª. Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira
 Universidade Federal de Uberlândia – UFU


 Aprovado/Reprovado


 Jessyca Figueira Venâncio
 Alunó(a) de doutorado – PPGO/UFU


 Aprovado/Reprovado

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Jesus, pelo ensinamento e exemplificação do amor.

À Professora Fabiana, pela orientação e por compartilhar o seu conhecimento, principalmente, por acreditar em mim.

Aos meus pais, Lucimar e Alaor, meus melhores exemplos e meu alicerce, sem os quais eu não alcançaria meus sonhos, a minha gratidão.

Às minhas irmãs, Lillian, Loren e Lara, pelo incentivo e carinho, que me sustentavam no meu caminho.

Ao meu companheiro, Antunes, por seu amor, dedicação e compreensão essenciais, por me inspirar a ser uma pessoa melhor.

Às minhas amigas, Duanne, Renata, AnaLu, Mari, Anna Baiana, Nati, Thaís, Val, Paula e Biju, pela companhia e confidências, por serem pacientes comigo.

A todos os professores pelas oportunidades de conhecimento e contribuições em minha formação profissional e pessoal.

“A palavra convence, o exemplo arrasta.”
Confúcio.

SUMÁRIO

| | |
|--------------------|----|
| Resumo | 8 |
| Introdução | 9 |
| Material e Métodos | 9 |
| Resultados | 11 |
| Discussão | 12 |
| Conclusão | 14 |
| Referências | 15 |
| Tabelas | 18 |
| Anexos | 22 |
| Apêndice | 30 |

Página de Título

Práticas alimentares e de higiene bucal em lactentes na perspectiva materna

Letícia Giffoni Borges Fontes – Graduanda da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – telefone: (34) 99223-0241 – email: lets.giffoni@hotmail.com

Duane Edvirge Gondin Pereira – Graduanda da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – telefone: (34) 9809-0339 – email: duanneegp@gmail.com

Alessandra Maia de Castro Prado – Professora da Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – telefone: (34) 3225-8146– email: alessandramaiacp@ufu.br

Danielly Cunha Araújo Ferreira de Oliveira – Professora da Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia - telefone: (34) 3225-8146- email: danielly@ufu.br

Fabiana Sodr  de Oliveira - Professora da Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – telefone: (34) 3225-8146– email: fabianasodre@ufu.br

Autor para correspondência:

Fabiana Sodr  de Oliveira (fabianasodre@ufu.br)

Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Uberlândia

Área de Odontologia Pediátrica

Av. Pará, 1720, Bloco 2G - Sala 02 – Campus Umuarama

CEP: 38405-320 Uberlândia – Minas Gerais

Telefone: (34) 3225-8146

Resumo

Objetivo: Avaliar as práticas alimentares e de higiene bucal de lactentes e verificar a percepção materna quanto aos cuidados em saúde bucal e à atuação do cirurgião-dentista. **Material e Métodos:** Estudo cego pareado descritivo e exploratório, baseado em dados quantitativos e qualitativos. Participaram do estudo 25 pares mãe-lactente. Foi aplicado um questionário em forma de entrevista contendo dados demográficos, socioeconômicos, práticas alimentares e de higiene bucal. A condição bucal da criança foi obtida do exame clínico anotado no prontuário odontológico. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva e os qualitativos categorizados com base na técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** 44,0% das crianças foram amamentadas até os seis meses de idade; 24,0% das mães evitaram açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida; 72,0% escovavam os dentes dos filhos duas vezes ao dia e 36,0% usavam dentifrício fluoretado; 16,0% revelaram ser difícil e cansativo cuidar da alimentação dos filhos; 36,0% expressaram dificuldade na escovação, sendo desagradável e frustrante para algumas (16,0%); 40,0% consideravam as práticas alimentares, incluindo redução de açúcares, e de higiene bucal as responsáveis pela saúde bucal da criança; apenas 6,0% relataram a atuação do cirurgião-dentista nas práticas alimentares e de higiene bucal. Nenhuma mãe seguiu todas as recomendações; 8,0% das crianças já apresentavam lesões de cárie. **Conclusão:** As práticas alimentares e de higiene bucal não estão de acordo com as recomendadas; as principais dificuldades encontradas pelas mães foram seguir às orientações quanto à oferta precoce de carboidratos refinados e à falta de colaboração da criança durante a escovação; a maioria delas considerou a atuação do cirurgião-dentista restrita à higienização bucal.

Palavras-chave: Lactente, Dieta, Higiene Bucal, Cárie Dentária.

Introdução

Apesar de ser passível de prevenção, a cárie precoce da infância (CPI) representa uma das doenças crônicas de maior prevalência na população infantil, é considerada um problema de saúde pública e apresenta uma dimensão multifatorial [1]. Entre os fatores de risco, as práticas alimentares e de higiene bucal constituem a dimensão comportamental da doença. Estas práticas podem refletir tanto as características socioeconômicas da população quanto as decisões pessoais [2].

Dado o papel dos pais como reguladores principais da ingestão dietética das crianças e o importante papel da família na formação dos hábitos de higiene bucal infantil, é importante documentar as suas opiniões [3], uma vez que o conhecimento e os hábitos sobre saúde bucal dos pais parecem influenciar a condição bucal de seus filhos [4,5].

As mães desempenham um papel crucial no desenvolvimento e manutenção da dieta e da higiene bucal de seus bebês [4,6,7,8,9]. As medidas de autoeficácia e de conhecimento específicas da saúde bucal são cognições potencialmente modificáveis, sendo assim intervir nesses fatores pode ajudar a promover hábitos bucais saudáveis [10].

Algumas das barreiras identificadas para a mudança de comportamento foram as crenças culturais, as ações dos profissionais de odontologia e a mídia/propaganda [11]. Os pais ainda precisam estar cientes de que eles são os pilares na saúde bucal de seus filhos [4,9,12,13].

Nesta perspectiva, o papel dos profissionais da Odontologia em relação ao "controle da cárie" deve concentrar-se principalmente na informação, supervisão e promoção de comportamentos saudáveis [14].

Sendo assim, os objetivos deste estudo foram avaliar as práticas alimentares e de higiene bucal de lactentes e verificar a percepção materna quanto aos cuidados em saúde bucal e à atuação do cirurgião-dentista.

As hipóteses a serem testadas foram as de que as práticas alimentares e de higiene bucal da criança não estão de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) [15] e da Academia Americana de Odontologia Pediátrica (AAPD) [1], respectivamente; as mães apresentam dificuldade em seguir as recomendações devido às condições socioeconômicas e ao nível educacional; os profissionais podem não estar transmitindo as orientações com relação à estas práticas de forma que as mães possam compreender a importância de cuidar da alimentação como também da higiene para a saúde bucal do seu filho.

Material e Métodos

Considerações Éticas

Inicialmente, o protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 68010617.0.0000.5152; Número do Parecer: 2.197.036). As mães foram informadas sobre os objetivos, benefícios e riscos da pesquisa e foram solicitadas as assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

Delineamento do Estudo

Estudo descritivo e exploratório, baseado em dados quantitativos e qualitativos.

População de Estudo

Participaram do estudo 25 mães e lactentes de seis a 23 meses de idade, saudáveis, de ambos os sexos, com nascimento a termo (de 37 a 41 semanas de idade gestacional) e peso

normal ao nascimento (maior que 2.500 gramas), que estavam agendados para consulta odontológica nas clínicas desenvolvidas pela Área de Odontologia Pediátrica no segundo semestre de 2017. Foram excluídos os lactentes que compareceram à consulta devido a traumatismos ou dor de origem dentária.

Coleta dos Dados

Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados por um único pesquisador por meio de uma entrevista padronizada utilizando um questionário contendo dados demográficos, socioeconômicos, práticas alimentares, de higiene bucal e perguntas abertas sobre as percepções maternas sobre o cuidado em saúde bucal. As entrevistas foram realizadas em um box vazio da clínica para respeitar a privacidade dos participantes e foi tomado o cuidado para não condicionar ou influenciar as respostas das mães. Elas foram gravadas, sob autorização das mesmas, transcritas e analisadas. Após a transcrição, as gravações foram apagadas.

Para manter o anonimato, as mães foram denominadas de M seguida de um dígito (exemplo: M1, M2) e a criança de C também seguida de um dígito (exemplo: C1, C2) – estudo pareado.

A condição bucal da criança, expressa como o número de dentes cariados, extraídos e restaurados (índice ceo-d), foi obtida do exame clínico anotado no prontuário odontológico – estudo cego.

No final de cada consulta, os pais e/ou responsáveis receberam orientações básicas sobre as principais dúvidas.

Variáveis do Estudo

Para a análise descritiva, foram consideradas as seguintes variáveis relacionadas à criança: idade: em meses, na data da entrevista; sexo: masculino ou feminino; peso ao nascer: em quilogramas (conforme registrado no cartão da criança); idade gestacional e posição da criança na família; e à mãe: idade: em anos completos, na data da entrevista; estado civil: vive com ou sem companheiro ou viúva; escolaridade (anos de estudo); renda familiar (salários mínimos); número de filhos, e se trabalha ou não fora do lar.

Para as variáveis relacionadas às práticas alimentares foram considerados os Dez passos de uma alimentação saudável de acordo com o Guia do Ministério da Saúde (MS) [15] e as relacionadas às práticas de higiene bucal foram consideradas as orientações da Academia Americana de Odontologia Pediátrica (AAPD) [1].

Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram tabulados em uma planilha no Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva. Os qualitativos foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. Esta análise inicia-se de uma leitura de primeiro plano para um plano mais aprofundado, que ultrapassa os significados manifestos, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados). Foi utilizada a modalidade temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que formam uma comunicação, e cuja frequência signifique algo para o objetivo analítico visado, em uma análise em três fases [16]: primeira fase: ordenação dos dados: faz-se o mapeamento dos dados coletados através da transcrição das fitas cassetes, releitura do material, pré-organização do material de maneira horizontal; segunda fase: classificação dos dados: releitura transversal do material e classificação em categorias e unidades de registro por afinidade de temas/assunto e terceira fase: análise final: relaciona os dados empíricos com o material teórico, levando em conta os objetivos da pesquisa, os temas surgidos das entrevistas e os pressupostos teóricos.

Resultados

As Tabelas 1 e 2 apresentam os dados relacionados às crianças e às mães, respectivamente.

A Tabela 3 apresenta as variáveis estudadas com relação às práticas alimentares. Apenas uma (4,0%) mãe (M7) seguiu todas as orientações dos Dez passos de uma alimentação saudável[15]; 11 (44,0%), 15 (60,0%), 19 (76,0%), 23 (92,0%); 24 (96,0%), 25 (100,0%), 25 (100,0%), seis (24,0%), 25 (100,0%) e 21 (84,0%) mães seguiram as orientações dos passos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, respectivamente.

A Tabela 4 apresenta as variáveis estudadas com relação às práticas de higiene bucal[1]. Apenas sete (28,0%) mães seguiram todas as recomendações de higiene bucal; 18 (72,0%) escovavam os dentes dos filhos duas vezes ao dia; oito (32,0%) escovavam de manhã e à noite, seis (24,0%) à tarde e à noite, uma (4,0%) de manhã e à tarde, três (12,0%) de manhã, à tarde e à noite, duas (8,0%) só à tarde, duas (8,0%) à noite e três (12,0%) não escovavam. Com relação ao uso de dentifício fluoretado, somente nove (36,0%) usavam, sendo que 14 (56,0%) utilizavam a quantidade proporcional ao tamanho de um grão de arroz cru e três (12,0%) à um grão de ervilha.

Duas (8,0%) crianças apresentaram CPI, sendo que uma (4,0%) delas apresentou índice ceo-d igual a quatro, possuindo quatro dentes cariados.

Conhecendo as percepções maternas

Com relação ao cuidado

De acordo com a percepção materna, o cuidar ia além de suprir as necessidades fisiológicas básicas da criança, envolvia também sua segurança, criar uma rotina para ela, manter o ambiente em que ela vive limpo e, principalmente, o afeto, amor, carinho e zelo.

Com relação às práticas alimentares e de higiene bucal

Indagadas sobre o aleitamento materno, as mães o entendem como sendo fonte de nutrientes, saúde, proteção, como também comida, alimento. Não obstante, elas entendem a importância da introdução de outros alimentos na vida da criança e o impacto em seu desenvolvimento. A interrupção do aleitamento materno representou para elas uma experiência desgostosa e frustrante, significando a perda do vínculo com o filho.

As mães consideraram saudável o tipo de alimentação que elas ofereciam aos seus filhos, principalmente porque, contém os nutrientes de que eles necessitam. Todas (100,0%) as mães concordavam que refrigerantes, balas, enlatados, frituras, salgadinhos, sal e açúcar em excesso não deveriam ser ofertados e 16 (64,0%) relataram que seus filhos já haviam tido algum contato com estes alimentos.

Para 13 (52,0%) mães, apenas o pediatra era o encarregado pelas orientações alimentares, cinco (20,0%) seguiam os conselhos médicos e também seu próprio conhecimento, três (12,0%) tinham a ajuda da família, duas (8,0%) disseram que os cirurgiões-dentistas auxiliavam e duas (8,0%) revelaram que elas eram as únicas responsáveis por decidir qual tipo de alimento deveriam oferecer à criança.

As práticas alimentares representaram um momento prazeroso, bom, satisfatório, agradável para 10 (40,0%) mães. No entanto, 4 (16,0%) mães sentiram uma certa dificuldade, revelando ser difícil e cansativo cuidar da alimentação de suas crianças. Do total, apenas sete (28,0%) mães disseram que seu filho aceitou todos os alimentos oferecidos.

Do total, 13 (52,0%) mães relataram dificuldade na escovação dos dentes dos seus filhos, sendo que 4 (16,0%) confessaram ser uma situação desagradável e frustrante e 14 (56,0%) delas consideravam as práticas de higiene bucal o fator mais importante para a prevenção da CPI. Dez (40,0%) mães consideraram as práticas alimentares, incluindo a redução de açúcar na dieta da criança, e de higiene bucal responsáveis pela saúde bucal da criança.

Com relação ao suporte profissional

Apenas uma (4,0%) mãe destacou a importância da sua própria conscientização quanto ao seu papel na saúde bucal de seu filho e outra (4,0%) destacou valor do atendimento odontológico precoce. Quatro (16,0%) mães percebem a importância da atuação do dentista tanto na higienização bucal, quanto nas práticas alimentares e 10 (40,0%) entendem a atuação do cirurgião-dentista restrita apenas à prática de higiene bucal.

Quanto a frequência ao dentista, nove (36,0%) mães responderam ser a primeira visita da criança ao dentista, outras nove (36,0%) estavam tendo seu segundo contato e sete (28,0%) entrevistadas contaram ser essa a terceira visita ou mais de seus filhos ao consultório odontológico.

Uma (4,0%) mãe relatou que não fazia a mínima ideia de como o cirurgião-dentista poderia auxiliá-la nas práticas alimentares e de higiene bucal. A mesma, quando questionada se aquela era a primeira visita de seu filho ao dentista e o que ela tinha achado, expressou insatisfação/indiferença com o atendimento recebido, afirmando que na visita anterior “apenas olharam a boca da criança”. A maioria, 24 (96,0%) mães exprimiram grande satisfação com a assistência oferecida.

Discussão

Os objetivos deste estudo foram avaliar as práticas alimentares e de higiene bucal de lactentes e verificar a percepção materna quanto aos cuidados em saúde bucal, considerando-se que estas podem ser reflexo das características sociais e econômicas do meio em que a criança está inserida, como também se constituir em decisões pessoais do cuidador, principalmente da mãe.

A metodologia usada neste estudo foi uma entrevista estruturada utilizando um questionário. Apesar de subjetiva, optou-se pela entrevista como método de coleta de dados por ser considerada adequada, explorar as percepções e crenças dos participantes em relação à questões complexas e, às vezes, sensíveis, enquanto permite ao pesquisador investigar se é necessária uma compreensão mais detalhada ou um esclarecimento de determinada resposta [5]. A condição bucal dos lactentes obtida do exame clínico anotado no prontuário odontológico foi observada como limitação, sendo que isto dependia do preenchimento adequado das fichas por outras pessoas.

O tamanho da amostra, 25 pares mãe-lactente, foi semelhante à de outros estudos qualitativos [11,17,18,19,20], nos quais o número de participantes variou de 7 a 26 mães. Sabe-se que, embora isso tenha benefícios e vantagens significativos, existe uma limitação, também apontada em outro estudo, uma vez que a amostra não representa necessariamente toda a população[5].

Não foram encontrados estudos semelhantes para comparação direta dos resultados.

Nenhuma das mães entrevistadas seguiu todas as recomendações de práticas alimentares e de higiene bucal de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) [15] e da Academia Americana de Odontologia Pediátrica (AAPD) [1], respectivamente. Apenas uma (4,0%) mãe (M7) seguiu todos os Dez passos de uma alimentação saudável, porém a mesma não seguia todas as recomendações de higiene bucal, sendo que apenas 28,0% seguiram todas estas recomendações. Do total, 8,0% das crianças já apresentavam cárie precoce da infância (CPI), sendo que essas possuíam menos de 17 meses.

Segundo os dados colhidos, as mães (M8 e M20) destas crianças não estavam seguindo as orientações de práticas alimentares recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) [15] e, das

duas, apenas a mãe M20 seguia todas as orientações de higiene bucal da Academia Americana de Odontologia Pediátrica (AAPD) [1].

A introdução precoce da sacarose é um fator de risco à CPI comprovado por vários estudos [2,21,22,23,24]. Foi observado que uma das crianças que apresentaram CPI, (C20), a mãe relatou práticas alimentares cariogênicas, embora tenha afirmado seguir todas as recomendações de higiene bucal. Diferentemente do que se observou na outra criança (C8), em que a mãe declarou não ter introduzido alimentos açucarados e não sentir dificuldades na escovação do filho, todavia a mesma não fazia uso de dentifrício fluoretado. Uma vez que a cárie dentária é uma doença multifatorial, os vários fatores de risco envolvidos devem ser avaliados com critério.

A hipótese de que as mães apresentavam dificuldade em seguir as recomendações devido às condições socioeconômicas e o nível educacional foi refutada, já que a idade média das mães foi de 29 anos e quatro meses; 92,0% viviam com companheiro; 88,0% tinham mais de 12 anos de estudo; a renda familiar variou de um a sete salários mínimos, sendo que apenas 28,0% trabalhavam fora do lar; 44,0% mães tinham apenas um filho, 48,0% tinham dois e 8,0% tinham três filhos. A baixa escolaridade materna não foi observada como um fator de risco para as práticas alimentares cariogênicas neste estudo, diferindo dos achados em outros estudos [2,14].

No presente estudo, foi possível observar que as mães conseguiam associar as práticas alimentares à manutenção de saúde bucal, todavia restringiam a atuação do cirurgião-dentista às práticas de higiene bucal. Isto representa uma maior necessidade dos profissionais enfatizarem as consequências e a controlabilidade da CPI para auxiliar os cuidadores a autogerenciar a saúde bucal de seus filhos [25].

Mesmo as mães compreendendo sua importância, o aleitamento materno exclusivo, recomendado até os seis meses de idade pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorreu somente para 44,0% das crianças, proporção semelhante à encontrada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde no Brasil, em 2006 (38,6%) [26], e inferior aos achados de outro estudo [27] no qual foi observada a prevalência de 50,0%.

Embora as mães entendam que deve ser evitado oferecer aos seus filhos alimentos com grandes quantidades de gordura e açúcar, 64,0% relatam que seu filho havia tido contato com alimentos com essas características, isto mostra esta prática como uma variável fundamental na ocorrência da CPI, como é apontado em outros estudos [2,7,21,22,24]. Pode-se salientar também que o conhecimento e a atitude em relação à saúde bucal não produzem necessariamente boas práticas [28].

Como também apontado em outro estudo [4], a autoeficácia dos pais, associada à insegurança sobre as técnicas corretas de escovação e, principalmente, a uma hipersensibilidade autorrelatada aos desejos dos filhos por alguns alimentos específicos ou ao fato de não gostarem de escovar os dentes, foi constatada neste estudo. As medidas de autoeficácia e de conhecimento específicas da saúde bucal são cognições potencialmente modificáveis [10]. Portanto, é importante que o profissional reforçe as orientações sobre práticas alimentares e de higiene bucal em todas as consultas.

O mau comportamento infantil surgiu como um dos principais obstáculos à boa saúde bucal com relação às práticas alimentares saudáveis, devido a não aceitação de certos tipos de alimentos como frutas, verduras e legumes, e às de higiene bucal, visto que algumas mães deixavam de fazer a higienização, pelo grau de dificuldade em lidar com a situação, pela não cooperação da criança e, às vezes, apenas "fingiam que escovam", para não tornar a tarefa mais desgastante [5].

Neste estudo, acerca dos cuidados para manter a saúde bucal do filho, 56,0% das mães consideravam mais importantes apenas os cuidados com a higienização bucal. Resultados díspares foram encontrados em outro estudo [5], que mostraram que, juntamente com a

escovação, a alimentação, incluindo a redução de açúcar na dieta da criança, é que são responsáveis pela saúde bucal da criança.

A rotina como parte da vivência e a aquisição de costumes saudáveis do lactente foram destacadas por algumas mães [4,3,5]. Os resultados também demonstraram que o hábito é um fator importante na compreensão da frequência de escovação [20].

Algumas respostas das mães, quando comparadas as perguntas com o mesmo grau semântico (Passo 8 e Pergunta 5), evidenciaram certas divergências (12,0%), podendo indicar que, assim como em outros estudos [29], as mães dão respostas socialmente desejáveis. Utilizou-se apenas um entrevistador, não havendo diferenças de estilo, maneira ou linguagem entre as entrevistas, diferente de outro estudo [5], no qual apontou-se a utilização de três entrevistadores como fator potencialmente influenciador nos dados coletados.

A importância da conscientização da própria cuidadora quanto ao seu papel na saúde bucal de seu filho foi citada, juntamente com o valor do atendimento odontológico precoce do mesmo, sendo que 36,0% das mães declararam ser a primeira vez da criança no dentista. Outro estudo também apontou a importância aconselhamento odontológico pré-natal [24].

Algumas das barreiras identificadas para a mudança de comportamento foram as crenças culturais e as ações dos profissionais de odontologia [11]. Culturalmente, a procura pelo atendimento em saúde, principalmente o odontológico, acontece para procedimentos curativos e não para a prevenção de doenças [19]. Portanto, deve-se enfatizar a implementação de programas educacionais para motivar, desde a gestação, a conscientização sobre a importância da saúde bucal e suas implicações [30].

De maneira geral, o profissional de Odontologia foi visto pelas mães como responsável apenas pelas orientações nas práticas de higiene bucal e não como um agente influenciador nas práticas alimentares. Isto mostra que mais estudos que promovam campanhas de incentivo são necessários a fim de promover o dentista como educador de saúde e não apenas cuidador da higienização bucal [31].

Segundo Blinkhorn (1981) [32], se hábitos saudáveis são ensinados em idade precoce, as ações educativas em saúde a serem implementadas mais tarde podem basear-se no reforço de rotinas já estabelecidas. Desta forma, a população-alvo para os programas de educação em saúde bucal que têm como objetivo estabelecer, ao invés de modificar rotinas, são as mães de lactentes [3,8,33].

Não há dúvidas de que as mães que têm um controle sobre a higiene bucal e o consumo de açúcar de seus filhos impactam mais positivamente na saúde bucal da criança. Portanto, o papel dos profissionais de Odontologia deve concentrar-se, principalmente, na conscientização do cuidador como pilar da saúde bucal infantil, propagando a informação, além de também supervisionar e promover comportamentos saudáveis, tendo como população-alvo as mães de lactentes e, até mesmo, gestantes.

Conclusão

- ✓ As práticas alimentares e de higiene bucal não estão de acordo com as recomendadas;
- ✓ As principais dificuldades encontradas pelas mães relacionam-se:
 - à oferta precoce de carboidratos refinados;
 - à falta de colaboração da criança durante a escovação;
- ✓ A maioria delas considerou a atuação do cirurgião-dentista restrita à higienização bucal.

Referências

1. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent.*, 2018. 39(6):59-61. PMID: 19216381.
2. Feldens CA, Kramer PF. Cárie dentária na infância – uma abordagem contemporânea. São Paulo: Santos, 2013. 312 p.95-115. ISBN: 9788541201742.
3. Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Factors affecting children’s adherence to regular dental attendance: a systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2014 Aug;145(8):817-28. doi: 10.14219/jada.2014.49.
4. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa Tde S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children’s oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2013 Mar-Apr;89(2):116-23. doi: 10.1016/j.jpmed.2013.03.014.
5. Virgo-Milton M, Boak R, Hoare A, Gold L, Waters E, Gussy M, et al. An exploration of the views of Australian mothers on promoting child oral health. *Aust Dent J.* 2016 Mar;61(1):84-92. doi: 10.1111/adj.12332.
6. Mathur VP, Dhillon JK. Dental caries: a disease which needs attention. *Indian J Pediatr.* 2018 Mar;85(3):202-206. doi: 10.1007/s12098-017-2381-6. Epub 2017 Jun 23.
7. Anil S, Anand PS. Early childhood caries: prevalence, risk factors, and prevention. *Front Pediatr.* 2017 Jul 18;5:157. doi: 10.3389/fped.2017.00157. eCollection 2017.
8. Ugolini A, Salamone S, Agostino P, Sardi E, Silvestrini-Biavati A. Trends in early childhood caries: an Italian perspective. *Oral Health Prev Dent.* 2018;16(1):87-92. doi: 10.3290/j.ohpd.a39816.
9. Gaeta ML, Cavazos J, Cabrera MDR, Rosário P. Fostering oral hygiene habits and self-regulation skills: an intervention with preschool children. *Fam Community Health.* 2018 Jan/Mar;41(1):47-54. doi: 10.1097/FCH.0000000000000171.
10. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children’s brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007 Aug;35(4):272-81. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00313.x.
11. Amin MS, Harrison RL. Understanding parents’ oral health behaviors for their young children. *Qual Health Res.* 2009 Jan;19(1):116-27. doi: 10.1177/1049732308327243. Epub 2008 Nov 7.
12. Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontol Scand.* 2005;63:73-84. PMID: 16134546
13. Hamilton K, Cornish S, Kirkpatrick A, Kroon J, Schwarzer R. Parental supervision for their children’s toothbrushing: mediating effects of planning, self-efficacy, and action control. *Br J Health Psychol.* 2018 May;23(2):387-406. doi: 10.1111/bjhp.12294. Epub 2018 Jan 18.

14. Carvalho TS, Abanto J, Pinheiro ECM, Lussi A, Bönecker M. Early childhood caries and psychological perceptions on child's oral health increase the feeling of guilt in parents: an epidemiological survey. *Int J Paediatr Dent*. 2018 Jan;28(1):23-32. doi: 10.1111/ipd.12306. Epub 2017 May 17.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos de idade. 2ª ed. Brasília; 2010.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998. ISBN: 8527101815.
17. Simioni LRG, Comiotto MS, Rêgo DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *RPG, Rev. Pós-Grad*; 12(2): 167-173, abr.-jun. 2005. tab. ID: lil-457175.
18. Domingues SM, Carvalho ACD, Narvai PC. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2008; 18(1): 66-78.
19. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Practices and meanings of oral health: a qualitative study with mothers of children assisted at the Federal University of Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 2):3271-3281, 2010. doi:10.1590/S1413-81232010000800033.
20. Trubey RJ, Moore SC, Chestnutt IG. Parents' reasons for brushing or not brushing their children's teeth: a qualitative study. *Int J Paediatr Dent*. 2014 Mar;24(2):104-12. doi: 10.1111/ipd.12034. Epub 2013 Apr 18.
21. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent*. 2012 Nov;40(11):873-85. doi: 10.1016/j.jdent.2012.07.013. Epub 2012 Jul 27.
22. Nunes OP, Brusco EHC, Brusco LC, Perussolo B, Patussi EG. Percepções e condutas de médicos pediatras com relação à promoção de saúde bucal. *Rev Gaúcha Odontol*. 2011; 59(2): 251-7.
23. Laitala ML, Vehkalahti MM, Virtanen JI. Frequent consumption of sugar-sweetened beverages and sweets starts at early age. *Acta Odontol Scand*. 2018 Mar;76(2):105-110. doi: 10.1080/00016357.2017.1387929. Epub 2017 Oct 16.
24. Kakanur M, Nayak M, Patil SS, Thakur R, Paul ST, Tewathia N. Exploring the multitude of risk factors associated with early childhood caries. *Indian J Dent Res*. 2017 Jan-Feb;28(1):27-32. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_35_16.
25. Slusar MB, Nelson S. Caregiver illness perception of their child's early childhood caries. *Pediatr Dent*. 2016 Oct 15;38(5):425-431. PMID: 28206900 PMCID: PMC5315002.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

27. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Guidance on breastfeeding in primary health care and the association with exclusive breastfeeding. *Cien Saude Colet*. 2018 Apr;23(4):1077-1088. doi: 10.1590/1413-81232018234.10752016.
28. Suma Sogi HP, Hugar SM, Nalawade TM, Sinha A, Hugar S, Mallikarjuna RM. Knowledge, attitude, and practices of oral health care in prevention of early childhood caries among parents of children in Belagavi city: a questionnaire study. *J Family Med Prim Care*. 2016 Apr-Jun;5(2):286-290. doi: 10.4103/2249-4863.192332.
29. Blinkhorn AS, Hastings GB, Leathar DS. Attitudes towards dental care among young people in Scotland. Implications for dental health education. *Br Dent J*. 1983 Nov 5;155(9):311-3. PMID: 6580032.
30. Thomas A, Jacob A, Kunhambu D, Shetty P, Shetty S. Evaluation of the knowledge and attitude of expectant mothers about infant oral health and their oral hygiene practices. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015 Sep-Oct;5(5):400-5. doi: 10.4103/2231-0762.163405.
31. Blinkhorn AS, Wainwright-Stringer YM, Holloway PJ. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *Int Dent J*. 2001 Dec;51(6):435-8. PMID: 11789710.
32. Blinkhorn AS. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers-sociological implications. *Int Dent J*. 1981 Mar;31(1):14-22. PMID: 6937438.
33. Kay E, Vascott D, Hocking A, Nield H, Dorr C, Barrett H. A review of approaches for dental practice teams for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2016 Aug;44(4):313-30. doi: 10.1111/cdoe.12220. Epub 2016 Feb 19.

Tabelas

Tabela 1 - Perfil das crianças.

| Criança | Idade (meses) | Sexo | Peso ao nascer (kg) | Idade gestacional | Ordem de nascimento | CPI | Índice ceo-d |
|---------|---------------|------|---------------------|-------------------|---------------------|-----|--------------|
| 1 | 12 | F | 3,800 | 40sem+1dia | 1º filho | Sem | 0 |
| 2 | 9 | F | 2,980 | 38sem+5dias | 1º filho | Sem | 0 |
| 3 | 9 | F | 3,105 | 39sem+1dia | 2º filho | Sem | 0 |
| 4 | 11 | M | 3,210 | 38sem+3dias | 3º filho | Sem | 0 |
| 5 | 13 | M | 3,930 | 41 sem | 1º filho | Sem | 0 |
| 6 | 6 | M | 3,390 | 40sem+5dias | 1º filho | Sem | 0 |
| 7 | 8 | M | 2,930 | 38 sem | 2º filho | Sem | 0 |
| 8 | 12 | F | 3,265 | 39 sem | 3º filho | Com | 2 |
| 9 | 9 | M | 2,770 | 38 sem | 2º filho | Sem | 0 |
| 10 | 7 | F | 3,575 | 41 sem | 1º filho | Sem | 0 |
| 11 | 11 | M | 2,900 | 38 sem | 2º filho | Sem | 0 |
| 12 | 12 | F | 3,270 | 41 sem | 1º filho | Sem | 0 |
| 13 | 23 | M | 2,680 | 38sem+4dias | 2º filho | Sem | 0 |
| 14 | 16 | F | 3,825 | 39 sem | 1º filho | Sem | 0 |
| 15 | 12 | M | 3,180 | 38sem+5dias | 1º filho | Sem | 0 |
| 16 | 16 | F | 3,320 | 39 sem | 2º filho | Sem | 0 |
| 17 | 23 | M | 2,655 | 39 sem | 1º filho | Sem | 0 |
| 18 | 18 | M | 3,100 | 38 sem | 1º filho | Sem | 0 |
| 19 | 18 | M | 2,700 | 38 sem | 2º filho | Sem | 0 |
| 20 | 16 | F | 3,500 | 38 sem | 2º filho | Com | 4 |
| 21 | 18 | F | 2,975 | 37sem+5dias | 1º filho | Sem | 0 |
| 22 | 15 | M | 3,055 | 39sem+3dias | 3º filho | Sem | 0 |
| 23 | 9 | F | 2,870 | 38sem+3dias | 1º filho | Sem | 0 |
| 24 | 10 | M | 4 | 41 sem | 2º filho | Sem | 0 |
| 25 | 15 | M | 2,695 | 38 sem | 1º filho | Sem | 0 |

Tabela 2: Perfil das mães entrevistadas.

| Mãe | Idade | Estado civil (com/sem companheiro) | Escolaridade | Renda familiar (salários) | Nº filhos | Trabalha fora |
|------------|--------------|---|---------------------|----------------------------------|------------------|----------------------|
| 1 | 23 anos | Sem | 12 anos | 4 | 1 | não |
| 2 | 24 anos | Com | mais de 12 anos | 2-3 | 1 | sim |
| 3 | 27 anos | Com | 12 anos | 2 | 2 | não |
| 4 | 32 anos | Com | 12 anos | 1 | 3 | sim |
| 5 | 36 anos | Com | mais de 15 anos | 2-3 | 1 | não |
| 6 | 23 anos | Com | 12 anos | 2-3 | 1 | não |
| 7 | 42 anos | Com | mais de 15 anos | 4 | 2 | não |
| 8 | 41 anos | Com | mais de 15 anos | 7 | 3 | não |
| 9 | 35 anos | Com | 12 anos | 2-3 | 2 | não |
| 10 | 34 anos | Com | mais de 15 anos | 5 | 2 | sim |
| 11 | 27 anos | Com | mais de 12 anos | 2-3 | 2 | sim |
| 12 | 33 anos | Com | mais de 15 anos | 5 | 1 | não |
| 13 | 31 anos | Com | menos de 9 anos | 1-2 | 2 | não |
| 14 | 33 anos | Com | mais de 15 anos | 5 | 1 | sim |
| 15 | 19 anos | Com | 12 anos | 1-2 | 1 | não |
| 16 | 28 anos | Com | 12 anos | 2 | 2 | não |
| 17 | 29 anos | Com | mais de 15 anos | 2 | 1 | sim |
| 18 | 26 anos | Com | menos de 11 anos | 2 | 2 | não |
| 19 | 26 anos | Com | menos de 11 anos | 2 | 2 | não |
| 20 | 30 anos | Com | mais de 15 anos | 1-2 | 2 | não |
| 21 | 27 anos | Sem | mais de 12 anos | 3 | 1 | não |
| 22 | 32 anos | Com | 12 anos | 1 | 2 | não |
| 23 | 22 anos | Com | 12 anos | 2 | 1 | não |
| 24 | 31 anos | Com | mais de 15 anos | 4 | 2 | sim |
| 25 | 23 anos | Com | 12 anos | 3 | 1 | não |

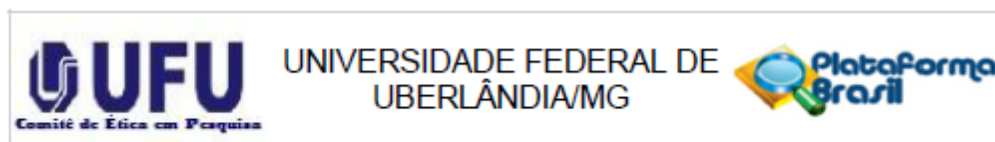
Tabela 3: Práticas alimentares.

| Mães | Passo 1 | Passo 2 | Passo 3 | Passo 4 | Passo 5 | Passo 6 | Passo 7 | Passo 8 | Passo 9 | Passo 10 |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| 1 | não | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | não |
| 2 | não | não | sim | não | sim | sim | sim | sim | sim | não |
| 3 | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não |
| 4 | não | não | não | não | sim | sim | sim | não | sim | não |
| 5 | não | sim | sim | sim | não | sim | sim | não | sim | sim |
| 6 | não | sim | não | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim |
| 7 | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim |
| 8 | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 9 | não | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 10 | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 11 | não | não | não | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 12 | não | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim |
| 13 | não | não | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 14 | não | não | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 15 | não | não | não | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 16 | não | não | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 17 | não | não | não | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 18 | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 19 | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 20 | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 21 | não | não | não | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 22 | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 23 | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |
| 24 | sim | não | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim |
| 25 | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | não | sim | sim |

Tabela 4: Práticas de higiene bucal.

| Mãe | Escovação do filho 2x/dia? | Qual o horário? | Usa dentifrício fluoretado? | Quantidade utilizada do mesmo? |
|-----|----------------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1 | não | Tarde | sim | grão de arroz cru |
| 2 | não | não escova | não escova | não escova |
| 3 | sim | manhã, noite | não usa dentifrício | não usa dentifrício |
| 4 | não | não escova | não escova | não escova |
| 5 | sim | tarde, noite | sim | grão de arroz cru |
| 6 | sim | tarde, noite | não usa dentifrício | não usa dentifrício |
| 7 | sim | tarde, noite | não usa dentifrício | não usa dentifrício |
| 8 | sim | tarde, noite | não | grão de arroz cru |
| 9 | sim | manhã, noite | sim | grão de arroz cru |
| 10 | não | não escova | não escova | não escova |
| 11 | sim | manhã, noite | não | grão de arroz cru |
| 12 | sim | manhã, tarde, noite | não | grão de arroz cru |
| 13 | sim | manhã, tarde | sim | grão de arroz cru |
| 14 | sim | tarde, noite | sim | grão de arroz cru |
| 15 | sim | manhã, tarde, noite | não | grão de arroz cru |
| 16 | sim | manhã, noite | sim | grão de arroz cru |
| 17 | sim | manhã, noite | sim | grão de ervilha |
| 18 | não | Noite | não | grão de ervilha |
| 19 | não | Noite | não | grão de ervilha |
| 20 | sim | manhã, tarde, noite | sim | grão de arroz cru |
| 21 | sim | tarde, noite | sim | grão de arroz cru |
| 22 | sim | manhã, noite | não | grão de arroz cru |
| 23 | não | Tarde | não usa dentifrício | não usa dentifrício |
| 24 | sim | manhã, noite | não | grão de arroz cru |
| 25 | sim | manhã, noite | não usa dentifrício | não usa dentifrício |

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Práticas alimentares e de higiene bucal em lactentes na perspectiva materna: estudo quantitativo e qualitativo

Pesquisador: Fabiana Sodrê de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68010617.0.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.197.036

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, baseado em dados quantitativos e qualitativos para avaliar as práticas alimentares e de higiene bucal de lactentes; correlacionar as práticas alimentares e de higiene bucal com a condição bucal; explorar as percepções maternas sobre as barreiras e facilitadores que influenciam estes comportamentos em saúde bucal, como também verificar as opiniões das mães sobre as limitações e oportunidades de apoio profissional para promoção da saúde bucal infantil.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o projeto:

Objetivo Primário:

- avaliar as práticas alimentares e de higiene bucal de lactentes

Objetivo Secundário:

- correlacionar as práticas alimentares e de higiene bucal com a condição bucal;

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.197.036

- explorar as percepções maternas sobre as barreiras e facilitadores que influenciam estes comportamentos em saúde bucal;
- verificar as opiniões das mães sobre as limitações e oportunidades de apoio profissional para promoção da saúde bucal infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

Não existe uma pesquisa sem riscos. No mínimo, pode haver o risco de identificação do Participante da Pesquisa. Contudo, a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade dos indivíduos participantes.

Benefícios:

Devido à importância do reconhecimento precoce de crianças de risco à cárie dentária, espera-se entender melhor determinadas circunstâncias que possam colaborar ou interferir para o sucesso de boas práticas comportamentais e desta forma obter subsídios que auxiliem o planejamento e a implantação de estratégias educativo-preventivas direcionadas.

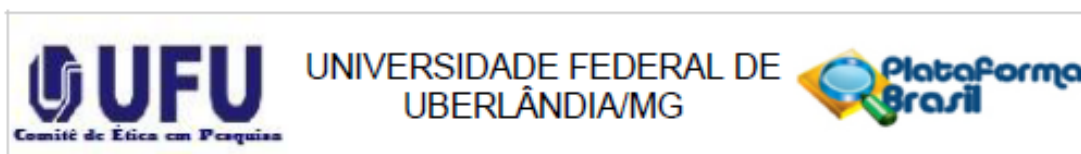
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia:

Será realizada uma entrevista utilizando um questionário. Os dados quantitativos serão analisados pelo Programa SPSS versão 22.0 A análise estatística será conduzida após a prévia seleção dos testes estatísticos, baseada na normalidade e homogeneidade dos dados. O nível de significância adotado em todos os testes será de 5%. Os dados quantitativos serão categorizados com base na técnica de análise de conteúdo.

Critério de Inclusão:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.197.036

Os critérios de inclusão são representados por crianças de zero a 24 meses de idade, ambos os sexos, saudáveis, com nascimento a termo (de 37 a 41 semanas de idade gestacional) e peso normal ao nascimento (maior que 2.500 gramas), que estejam agendadas para consulta odontopediátrica.

Critério de Exclusão:

Serão excluídas as crianças que comparecem à consulta devido a traumatismos ou dor de origem dentária.

Os pesquisadores atenderam às pendências solicitadas no parecer consubstanciado do CEP/UFU, número 2.088.871, de 29 de maio de 2017, a saber:

1) Acrescentar no termo de consentimento dos responsáveis a informação de que se fará acesso aos prontuários.

Resposta dos pesquisadores: Os pesquisadores informaram que acrescentaram no termo de consentimento dos responsáveis a informação de que se fará acesso aos prontuários, conforme termo de consentimento que compõe o prontuário.

PENDÊNCIA RESOLVIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo contém o TCLE para a realização das entrevistas e também um "termo de consentimento" que não segue o modelo de TCLE fornecido pelo CEP, para obter autorização aos prontuários das crianças. O CEP/UFU está ciente deste último documento mas não o aprova como integrante do protocolo de pesquisa por não seguir resolução específica de pesquisa com seres humanos, mas entende que é um documento da própria faculdade de Odontologia.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.197.036

limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: julho de 2018.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

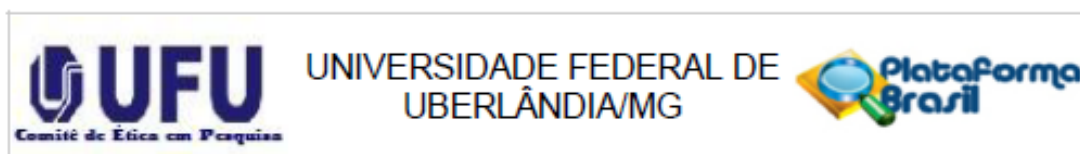
O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.197.036

projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_908051.pdf | 06/07/2017 21:11:53 | | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 06/07/2017 21:09:13 | Letícia Giffoni Borges Fontes | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | LETICIAGIFFONI_NOVO_Modelo_TCLE_2017a_0.doc | 06/07/2017 21:07:50 | Letícia Giffoni Borges Fontes | Aceito |
| Outros | Pendencias_CEP_Parecer2088871_LeticiaGiffoni.docx | 06/07/2017 21:05:52 | Letícia Giffoni Borges Fontes | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termoequipeexecutora.docx | 20/04/2017 16:47:41 | Fabiana Sodré de Oliveira | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Declaracaocoparticipante.docx | 20/04/2017 16:47:12 | Fabiana Sodré de Oliveira | Aceito |
| Outros | LinksCurriculoLattes.docx | 20/04/2017 12:42:36 | Fabiana Sodré de Oliveira | Aceito |
| Outros | Anexo2.docx | 20/04/2017 12:42:11 | Fabiana Sodré de Oliveira | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoDetalhado.docx | 20/04/2017 12:33:41 | Fabiana Sodré de Oliveira | Aceito |
| Outros | ApendiceA.docx | 20/04/2017 05:36:31 | Fabiana Sodré de Oliveira | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2.197.036

UBERLÂNDIA, 02 de Agosto de 2017

Assinado por:

**Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)**

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Anexo 2 – Normas da Revista “Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada”**Instructions**

The manuscript should be written in ENGLISH(USA) language, in a clear, concise and objective form. However, when the article is accepted (in Portuguese) the authors should provide the English language text file and also send the statement of the technical reviewer. Contact PBOCI by apesb@terra.com.br or get information about the recommended translation companies. Linguistic revisions performed by companies that do not provide the mentioned certificate will not be accepted.

The text should be provided as a Word for Windows file (doc), using a size 12 Times New Roman font, A4 page size, single-spacing and margins of 2.5 cm. The length of the manuscript is limited to 15 pages, including references, tables, and figures.

1) Title page: Title, Author(s) [Names of all authors written out in full, including respective telephone numbers and email addresses for correspondence] and Author for correspondence. Data of institutional/professional affiliation of all authors, including university (or other institution), college/program, department, city, state, and country.

2) Abstract: A maximum of 280 words. The abstract should be structured with the following divisions: Objective, Methods, Results, and Conclusion.

3) Keywords: Ranging from 3 (three) to 5 (five) five keywords, chosen from the keywords registered at Medical Subject Headings of the U.S. National Library of Medicine.

4) Introduction: State the purpose and summarize the rationale for the study or observation. The objective(s) and/or hypothesis of the study should be stated in the last paragraph. Avoid presentation of an extensive review of the field.

5) Material and Methods: Describe your selection of the observational or experimental participants (patients or laboratory animals, including controls) clearly, including eligibility and exclusion criteria and a description of the source population. Identify the methods, apparatus (give the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures in sufficient detail to allow other workers to reproduce the results. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.

6) Results: Present your results in a logical sequence in the text, tables, and illustrations, giving the main or most important findings first.

7) Discussion: This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Inferences, deductions, and conclusions should be limited to the findings of the study (conservative generalization).

8) Conclusion: This should clearly explain the main conclusions of the work highlighting its importance and relevance.

9) References: Authors are responsible for ensuring that the information in each reference is complete and accurate. A maximum of 40 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System).

All references must be numbered consecutively and citations of references in text should be identified using numbers in square brackets (e.g., “as discussed by some authors [2]”; “as discussed elsewhere [1,5,12]”). **Please include the DOI number.**

All references should be cited within the text; otherwise, these references will be automatically removed.

NON-REFEREED MATERIAL AND, IF POSSIBLE, NON-ENGLISH PUBLICATIONS SHOULD BE AVOIDED. CONGRESS ABSTRACTS, UNACCEPTED PAPERS, UNPUBLISHED OBSERVATIONS, AND PERSONAL COMMUNICATIONS MAY NOT BE PLACED IN THE REFERENCE LIST.

If seven or more authors, list up to six followed by “et al.

Journal and book references should be set out as in the following examples:

1. Ramalli Jr. EL, Ho W, Alves M, Rocha EM. Progress in animal experimentation ethics: a case study from a Brazilian medical school and from the international medical literature. *Acta Cir Bras* 2012; 27(9):659-63. doi: 10.1590/S0102-86502012000900012.
2. Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Medicas; 1988.
3. Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.
4. Ministry of Health, Department of Planning. *Annual Statistical Report*. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.

Tables: should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title. Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines.

Figures and illustrations: Each figure should have a legend.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário aplicado em forma de entrevista.

| Identificação da criança: C ____ | Data da consulta: ____/____/____ |
|---|----------------------------------|
| <p>Parte A</p> <p>Dados da Criança</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____ Idade (data da consulta): ____ meses</p> <p>Sexo: () Feminino () Masculino</p> <p>Peso da criança ao nascer (kg): _____ Idade gestacional: _____</p> <p>Ordem de nascimento da criança: () 1º filho () 2º Filho () 3º filho () _____</p> <p>Condição bucal da criança: () sem CPI () com CPI</p> <p>Índice ceo-d = ____ Composte c = ____; Componente e: ____; Componente o = ____</p> <p>Dados da mãe</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____ Idade (data da consulta): ____ anos</p> <p>Estado civil: () vive com companheiro () vive sem companheiro () viúva</p> <p>Escolaridade (anos de estudo): _____</p> <p>Renda familiar (salários mínimos): _____</p> <p>Número de filhos: _____</p> <p>Trabalha fora do lar: () Sim () Não</p> | |
| | |

Parte B**Práticas Alimentares**

Passo 1: A criança recebeu apenas leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento? () Sim () Não

Passo 2: Ao completar seis meses de idade, foi introduzido de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade? () Sim () Não

Passo 3: Ao completar seis meses de idade, foi dado alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes), 3 vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno? () Sim () Não

Passo 4: A alimentação complementar foi oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança? () Sim () Não

Passo 5: A alimentação complementar foi espessa desde o início e oferecida com colher (começou com consistência pastosa (papas e purês) e gradativamente aumentou a consistência até chegar a alimentação da família)? () Sim () Não

Passo 6: Foi oferecido à criança alimentos diferentes ao dia (uma alimentação variada é uma alimentação colorida)? () Sim () Não

Passo 7: Foi estimulado o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições? () Sim () Não

Passo 8: Foi evitado açúcar, sal em excesso, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida? () Sim () Não

Passo 9: Teve cuidados na higiene, no preparo e manuseio dos alimentos, garantindo o armazenamento e o cuidado adequado? () Sim () Não

Passo 10: Quando a criança ficou doente e convalescente a se alimentar, foi oferecida sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação? () Sim () Não

Práticas de Higiene Bucal

Você escova os dentes do seu filho duas vezes ao dia? () Sim () Não

Qual horário você escova os dentes dele? () Manhã () Tarde () Noite () Não escova

Você utiliza dentifrício fluoretado? () Sim () Não () Não usa dentifrício () Não escova

Qual quantidade de dentifrício fluoretado você usa? () grão de arroz cru () grão de ervilha () Não usa dentifrício () Não escova

Apêndice B - Questionário aplicado em forma de entrevista.

Identificação da criança: C__ Idade da criança (meses): __ Data: __/__/__

Questões norteadoras para a Entrevista

1. O que é cuidar para você?
2. Quando eu falo em aleitamento materno, o que vem à sua cabeça?
3. Quando eu falo em alimentação, o que vem à sua cabeça?
4. O que significou para você parar de amamentar exclusivamente e começar a dar outros alimentos para o seu filho?
5. O que você acha da alimentação que você dá para o seu filho? Na alimentação da criança nessa idade, o que você acha que não deve ser oferecido? Seu filho já comeu este alimento? Por quê? Quem ofereceu?
6. Quem tem te orientado sobre o tipo de alimentação que você deve oferecer para o seu filho?
7. Dos alimentos que você ofereceu a seu filho, teve algum que ele não gostou?
8. Como é para você cuidar da alimentação do seu filho?
9. Você poderia descrever suas experiências em escovar os dentes do seu(sua) filho(a)?
10. Você acha fácil ou difícil escovar os dentes do seu filho?
11. Para manter a saúde bucal de seu filho, quais cuidados você considera mais importantes?
12. Como você acha que o dentista poderia te auxiliar nas práticas alimentares e de higiene bucal?
13. É a primeira vez no dentista? O que você achou?