



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

Laísa Thaíse de Oliveira Batista

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA PRECOCE:
CONHECIMENTO DAS GESTANTES USUÁRIAS DO SERVIÇO PÚBLICO E
PRIVADO

Natal/RN

2015

Laísa Thaíse de Oliveira Batista

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA PRECOCE:
PERCEPÇÃO DAS GESTANTES USUÁRIAS DO SERVIÇO PÚBLICO E PRIVADO

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, como requisito para a obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

Orientadora: Prof. Dra. Isabelita Duarte Azevedo

Natal/RN

2015

Atenção odontológica precoce: percepção das gestantes usuárias do serviço público e privado

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia “Profº Alberto Moreira Campos”.

Batista, Laísa Thaíse de Oliveira.

Atenção odontológica precoce: percepção das gestantes usuárias do serviço público e privado / Laísa Thaíse de Oliveira Batista. – Natal, RN, 2015.

49 f. : il.

Orientador: Prof. Dra. Isabelita Duarte Azevedo.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade federal do rio Grande do Norte. Centro de Ciências da saúde. Departamento de Odontologia

RN/UF/BSO

Black D 27

LAÍSA THAÍSE DE OLIVEIRA BATISTA

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA PRECOCE:
PERCEPÇÃO DAS GESTANTES USUÁRIAS DO SERVIÇO PÚBLICO E PRIVADO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como pré-requisito para a obtenção do título de cirurgiã-dentista no curso de graduação em odontologia.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Isabelita Duarte Azevedo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Orientadora

Prof^a. Irís do Céu Clara Costa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Membro

Prof^a Juliana Barreto Rosa De Sousa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Membro

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de sabedoria, por me fortalecer, proteger, guiar e abrir os meus caminhos;

Aos meus pais, Severino Batista de Araújo e Maria de Fátima Oliveira de Araújo que mesmo com todas as dificuldades no início dessa jornada não deixaram de me incentivar, que com incansável amor e dedicação abdicam de muitos momentos para me proporcionarem oportunidades de aprendizado único como a conclusão desse curso, sem a ajuda de vocês eu não teria conseguido;

À minha irmã Larissa Thaísa de Oliveira Batista pelo apoio;

Ao meu namorado Vinícius Gerônimo de Araújo Baptista pelos inúmeros conselhos, ajuda e compreensão que me fizeram a prosseguir;

À minha querida e amável orientadora, Isabelita Duarte Azevedo, por todo o suporte no pouco tempo em que lhe coube nessa reta final, pelos seus incentivos, pelas suas correções com paciência e dedicação profissional, na qual me espelho;

Aos amigos, que através de experiências trocadas me proporcionaram o crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento de gestantes do serviço público e privado em relação aos cuidados com a saúde bucal do bebê. **Metodologia:** Foi aplicado um questionário para a caracterização do aspecto socioeconômico e cuidados de saúde bucal com 120 gestantes. Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística e inferencial através dos testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher e *t* de Student por meio do programa SPSS. **Resultados:** Verifica-se que as gestantes do setor privado foram mais assertivas em relação ao setor público quando questionadas quanto ao início da higienização bucal no bebê e como fazê-lo ($p=0,02$), ($p<0,001$). Quanto ao uso de fio dental, 50%($n=30$) do serviço público e 13,3%($n=8$) do privado não o utilizam na dentição decídua ($p<0,001$). As usuárias do público não julgam necessário o adiamento ao máximo da inserção de açúcar na alimentação do bebê quando comparadas com o privado ($p<0,001$). Em relação ao início do uso do copo, 18(30%) do público e 31(51,7%) do privado iniciam após os seis meses ($p=0,016$). **Conclusão:** As gestantes oriundas do setor público apresentaram um maior desconhecimento em relação ao do privado no que diz respeito à atenção precoce em odontologia, porém questões como potencial cariogênico do leite e início dos cuidados odontológicos foram de desconhecimento nos dois grupos estudados.

Palavras-chave: Gestantes, Odontopediatria, Saúde bucal

ABSTRACT

Objective: To evaluate the pregnant women's level of knowledge in public and private service in relation to the baby's oral health care. Methodology: A questionnaire was applied to characterize the socio-economic aspect and the oral health care of 120 pregnant women. The data were submitted to statistical and inferential analysis through the Chi-square or Fisher's exact test and Student's t test using SPSS. Results: It was observed that pregnant women in the private sector were more assertive in relation to the public sector when they were questioned about the outset of the baby's oral hygiene and how to do it ($p = 0.02$), ($p < 0.001$). Regarding the use of dental floss, 50% ($n = 30$) of public service pregnant women and 13.3% ($n = 8$) in the private sector do not use it in the primary dentition ($p < 0.001$). The users of public service believe it's not necessary the maximum delay in the inclusion of sugar in baby feeding when compared with the private sector. Concerning the beginning of the use of glass, 18 (30%) pregnant women of the public and 31 (51.7%) of the private service initiate its use after six months ($p = 0.016$). Conclusion: Pregnant women coming from the public sector showed a greater ignorance in relation to the private sector, regarding the early attention in Dentistry, but issues such as cariogenic potential of milk and early dental care were unknown in both groups.

Key words: Pregnancy, Pediatric dentistry, Oral health

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA	12
3 RESULTADOS	13
4 DISCUSSÃO	18
5 CONCLUSÃO	18
6 REFERÊNCIAS.....	23
7 ANEXOS.....	26

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição da frequência de gestantes de acordo com a faixa etária.....	14
--	----

TABELAS

TABELA 1 – Distribuição das gestantes de acordo com as características socioeconômicas	14
TABELA 2 – Comparação do conhecimento das gestantes do setor público e privado quanto aos cuidados bucais na primeira infância	15
TABELA 3 – Distribuição das frequências de respostas quanto a forma de higienização após a erupção dentária e momento ideal para início do uso de dentifrício fluoretado ...	17
TABELA 4 – Análise estatística descritiva	28
TABELA 5 – Análise estatística inferencial com a variável idade	30
TABELA 6 – Análise estatística inferencial com a variável período gestacional	31
TABELA 7 – Análise estatística inferencial com a variável estado civil	33
TABELA 8 - Análise estatística inferencial com a variável ocupação	34
TABELA 9 - Análise estatística inferencial com a variável renda familiar	35
TABELA 10 - Análise estatística inferencial com a variável escolaridade	37
TABELA 11 - Análise estatística inferencial com a variável serviço onde realiza o pré-natal	38

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA PRECOCE: PERCEPÇÃO DAS GESTANTES USUÁRIAS
DO SERVIÇO PÚBLICO E PRIVADO

Laísa Thaíse de Oliveira Batista¹

Isabelita Duarte Azevedo²

¹Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN,
Natal-RN, Brasil. E-mail: laisa_thaise@hotmail.com

²Professora Doutora Titular do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande
do Norte – UFRN, Natal-RN, Brasil. Email: isabelitaduarte@hotmail.com

Autor para correspondência: Isabelita Duarte Azevedo/ Email: isabelitaduarte@hotmail.com

Corresponding author:

Isabelita Duarte Azevedo

Dentistry Department/ Federal University of Rio Grande do Norte

Avenida Senador Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova, Natal-RN, Brasil.

Code: 50056-000

Tel/Fax: 55-84-32154138

E-mail: isabelitaduarte@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento de gestantes do serviço público e privado em relação aos cuidados com a saúde bucal do bebê. **Metodologia:** Foi aplicado um questionário para a caracterização do aspecto socioeconômico e cuidados de saúde bucal com 120 gestantes. Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística e inferencial através dos testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher e *t* de Student por meio do programa SPSS. **Resultados:** Verifica-se que as gestantes do setor privado foram mais assertivas em relação ao setor público quando questionadas quanto ao início da higienização bucal no bebê e como fazê-lo ($p=0,02$), ($p<0,001$). Quanto ao uso de fio dental, 50%($n=30$) do serviço público e 13,3%($n=8$) do privado não o utilizam na dentição decídua ($p<0,001$). As usuárias do público não julgam necessário o adiamento ao máximo da inserção de açúcar na alimentação do bebê quando comparadas com o privado ($p<0,001$). Em relação ao início do uso do copo, 18(30%) do público e 31(51,7%) do privado iniciam após os seis meses ($p=0,016$). **Conclusão:** As gestantes oriundas do setor público apresentaram um maior desconhecimento em relação ao do privado no que diz respeito à atenção precoce em odontologia, porém questões como potencial cariogênico do leite e início dos cuidados odontológicos foram de desconhecimento nos dois grupos estudados.

Palavras-chave: Gestantes, Odontopediatria, Saúde bucal

ABSTRACT

Objective: To evaluate the pregnant women's level of knowledge in public and private service in relation to the baby's oral health care. **Methodology:** A questionnaire was applied to characterize the socio-economic aspect and the oral health care of 120 pregnant women. The data were submitted to statistical and inferential analysis through the Chi-square or Fisher's exact test and Student's *t* test using SPSS. **Results:** It was observed that pregnant women in the private sector were more assertive in relation to the public sector when they were questioned about the outset of the baby's oral hygiene and how to do it ($p = 0.02$), ($p < 0.001$). Regarding the use of dental floss, 50% ($n = 30$) of public service pregnant women and 13.3% ($n = 8$) in the private sector do not use it in the primary dentition ($p < 0.001$). The users of public service believe it's not necessary the maximum delay in the inclusion of sugar in baby feeding when compared with the private sector. Concerning the beginning of the use of glass, 18 (30%) pregnant women of the public and 31 (51.7%) of the private service initiate its use after six months ($p = 0.016$). **Conclusion:** Pregnant women coming from the public sector

showed a greater ignorance in relation to the private sector, regarding the early attention in Dentistry, but issues such as cariogenic potential of milk and early dental care were unknown in both groups.

Key words: Pregnancy, Pediatric dentistry, Oral health

1 INTRODUÇÃO

A Atenção odontológica precoce se propõe ao desenvolvimento de ações educativas logo após o nascimento do bebê, objetivando a instituição de hábitos saudáveis que perdurem por toda a vida do indivíduo, refletindo positivamente em uma melhor qualidade de saúde bucal e qualidade de vida^{1,2,3}. Suas ações consistem em práticas voltadas para a conscientização dos pais sobre a importância da prevenção de doenças e capacitação dos mesmos quanto às manobras preventivas.

Os programas preventivos e educativos para a promoção de saúde bucal têm o propósito de conferir autonomia à população-alvo permitindo que a mesma associe as informações adquiridas e possa instituí-las na sua rotina, detendo, dessa forma, a capacidade de controlar sua saúde bucal⁴. Assim, há a garantia da efetividade da ação, bem como a manutenção de um estado de saúde satisfatório^{5,6}.

Promover saúde requer baixo custo operacional, é simples, eficaz e de grande abrangência quando comparado com ações curativas^{4,7,2}. Essas ações preventivas evidenciam as condutas necessárias para o controle mecânico do biofilme dentário e o reconhecimento do potencial cariogênico dos alimentos, inclusive do leite materno quando não oferecido em condições adequadas. Além disso, enfocam o papel preventivo dos fluoretos no controle dos fatores etiológicos da cárie dentária⁸.

No ambiente familiar é que se constrói, entre outros, os hábitos de higiene e alimentação. Nesse contexto onde a família transmite a bagagem cultural abrangendo hábitos de saúde bucal, a figura materna ganha relevância por ser de grande representatividade para os filhos^{9,10}. Diante disso, se faz necessário que o cirurgião dentista atue juntamente com a mãe, para construir maneiras viáveis de executar as medidas educativas já desde os primeiros anos de vida do bebê, e com isso, perpetuem ao longo da vida. De acordo com o estudo de Guarienti et al. (2009)⁴ aplicado com 250 pais ou responsáveis de crianças na primeira infância para avaliar o grau de conhecimento dos mesmos a respeito da saúde bucal, analisou-se que 83% (n=207) já haviam recebido alguma orientação quanto a saúde bucal, porém, apenas 19% (n=47) tinham sido através de médicos ou odontólogos.

A prática de saúde transmitida pela família depende de fatores sociais, ambientais, culturais e econômicos. A condição socioeconômica interfere no acesso às informações e serviços odontológicos, conseqüentemente, influencia o grau de conhecimento das mães em relação à necessidade do atendimento odontológico precoce, consistindo em um dos determinantes para a saúde bucal da criança^{11,12,13}. De acordo com Buerlein et al. (2011)⁵, questões como transporte, disponibilidade de horário, falta de conscientização das gestantes quanto aos cuidados com a saúde bucal são outros fatores, apontados pelas entrevistadas, que dificultam o acesso ao atendimento odontológico. Além disso, observou-se em outro estudo que gestantes com baixo grau de escolaridade possuem informações sobre saúde bucal associadas mais a fatores culturais (crenças) que informações adquiridas por médicos ou dentistas como pode ser avaliado por Bogess et al. (2011)¹⁴.

Somado ao exposto, sabe-se que a melhor época para a educação em saúde é durante o período gestacional por ser uma fase importantíssima para a sensibilização da mulher no sentido de readequar hábitos errados. Conhecer o nível de percepção da população, em especial das gestantes, é essencial para a adoção de políticas destinadas a mudança de hábitos que possam repercutir em ganhos para a saúde bucal e, conseqüentemente, geral do núcleo familiar como um todo. Dessa forma, partindo do pressuposto de que a assistência pública em relação às orientações do cuidado com a saúde bucal do bebê difere da ofertada pelo setor privado, este estudo objetivou avaliar o grau de conhecimento das gestantes do serviço público e privado no município de Natal-RN a respeito dos cuidados com a saúde do bucal do bebê.

2 METODOLOGIA

Previamente à execução, este estudo foi submetido à apreciação e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN e aprovado através do parecer de Nº 974.751.

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, do tipo transversal. A amostra foi composta por 60 gestantes do serviço público e 60 gestantes do serviço privado, incluindo, dessa forma, grávidas com diferentes níveis socioeconômicos. Foram incluídas na amostra, mulheres que estavam no segundo ou terceiro trimestre gestacional, realizavam pré-natal na Maternidade Escola Januário Cicco e Clínica Humana. Foram excluídas da pesquisa as que não estavam gestantes ou no primeiro trimestre da gravidez.

Os dados da pesquisa foram coletados através da aplicação de um questionário estruturado, composto por questões fechadas, consistindo em duas partes, como pode ser visto

no anexo 7.1. Inicialmente foram feitas perguntas que buscaram a caracterização dos sujeitos da pesquisa (idade, etnia, número de filhos, grau de escolaridade e renda). Posteriormente, foram feitos questionamentos para avaliar o nível de conhecimento das gestantes em relação aos cuidados com a saúde bucal do bebê, sendo então divididos em três dimensões, abordando questões referentes à percepção sobre atendimento odontológico precoce; em seguida sobre higiene bucal e por fim, dieta.

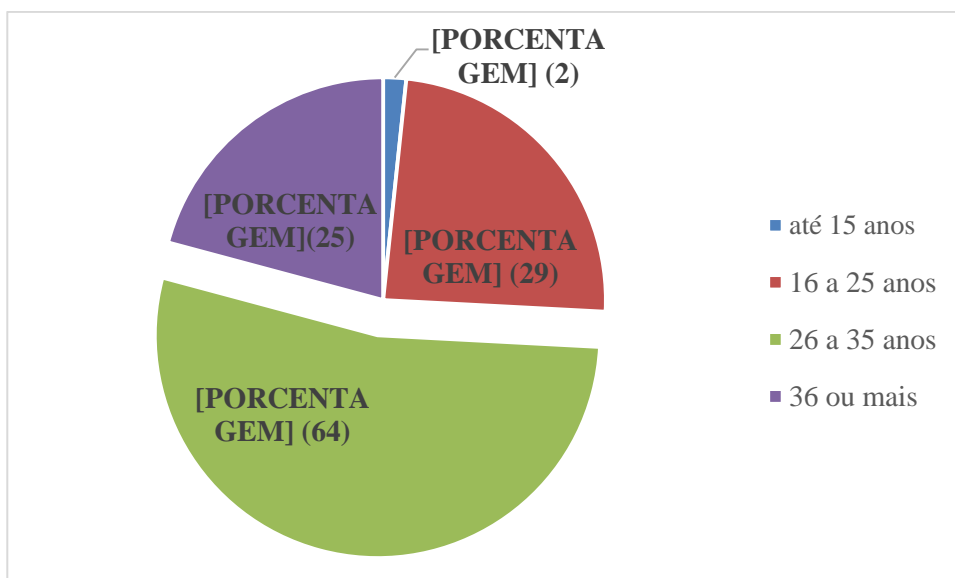
As variáveis analisadas foram: idade, número de filhos, serviço onde realizava o pré-natal, etnia, estado civil, ocupação, renda, escolaridade, início dos cuidados odontológicos, desenvolvimento de cárie nos dentes decíduos, desenvolvimento inicial da cárie, higienização bucal, potencial cariogênico do leite, uso do copo, relação de hábitos deletérios e o posicionamento dentário.

A aplicação do instrumento de pesquisa foi realizada por duas pesquisadoras na sala de espera dos referidos estabelecimentos, enquanto as gestantes aguardavam o atendimento. Após o consentimento, a pesquisadora iniciava a leitura e aplicação do questionário, registrando as respostas.

Após a coleta de dados, os mesmos foram lançados em banco de dados criado no Programa SPSS versão 20 e submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. Para análise inferencial, foram aplicados três testes: o Qui-quadrado ou Exato de Fisher a depender da distribuição nas caselas; e teste *t* de Student para a variável quantitativa número de filhos.

3 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 120 gestantes do segundo (n=39/32,5%) e terceiro (n=81/67,5%) trimestre de gestação, sendo 60 do serviço público e 60 do privado. A faixa etária predominante foi de 26 a 35 anos, correspondendo a 53,3% (n=64), seguida pela de 16 a 25 anos com 24,2% (n=29), como pode ser observado no Gráfico 1.



Fonte: Dados coletados por meio de entrevistas

Gráfico 1 – Distribuição da frequência de gestantes de acordo com a faixa etária. Natal-RN, 2015

Com relação as características socioeconômicas, demonstradas na Tabela 1, mais de cinquenta por cento (51,6%) tem renda familiar de até um salário mínimo, e desses, 8,3% declararam-se sem renda. A grande maioria está casada ou mora com o parceiro, totalizando 78,4% (n=94) das gestantes com estado civil de união estável. No que diz respeito a ocupação, 41,7% realizam apenas atividades domésticas, 37,5% trabalha fora de casa os dois expedientes. Das entrevistadas, 72 gestantes (59,9%), apresentavam como nível de escolaridade mínimo o ensino médio completo, dessas 35 (48,6%), tinham ensino superior incompleto ou completo.

Quanto ao número de filhos, observou-se uma média de 1,02 filhos com desvio padrão de 1,19, sendo o máximo encontrado de 6.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes de acordo com as características socioeconômicas. Natal-RN, 2015.

<i>Estado civil</i>	n	%
Solteira	23	19,2
Casada	71	59,2
Divorciada	3	2,5
Mora com parceiro	23	19,2
Total	120	100
<i>Dona de casa ou trabalha fora?</i>	n	%
Dona de casa	50	41,7
Trabalha fora de casa 1 expediente	25	20,8
Trabalha fora de casa 2 expedientes	45	37,5
Total	120	100

Continuação da Tabela 1 – Distribuição das gestantes de acordo com as características socioeconômicas. Natal-RN, 2015.

<i>Renda</i>	n	%
Nenhuma renda	10	8,3
Até 1 salário mínimo	52	43,3
2 a 4 salários mínimos	46	38,3
5 a 7 salários mínimos	10	8,3
mais de 8 salários mínimos	2	1,7
Total	120	100
<i>Escolaridade</i>	n	%
Primário incompleto	3	2,5
Primário completo	5	4,2
Fundamental incompleto	21	17,5
Fundamental completo	9	7,5
Ensino médio incompleto	10	8,3
Ensino médio completo	37	30,8
Ensino superior incompleto	16	13,3
Ensino superior completo	19	15,8
Total	120	100

Fonte: Dados coletados por meio de entrevistas

Na Tabela 2 temos um panorama do nível de conhecimento das grávidas sobre o cuidado com a saúde do bucal do bebê. No que concerne a avaliação da percepção das gestantes quanto ao início dos cuidados bucais com o bebê apenas 6 gestantes, 5% da amostra, julgaram que o momento mais adequado é durante a gravidez. Dessas 5% (n=6), 5 eram do serviço público, somente uma era do serviço privado. Sobre cárie nos dentes decíduos, 50 (83,3%) das gestantes que realizam acompanhamento pré-natal no setor privado e 49 (81,7%) do serviço público reconhecem que a cárie pode ocorrer desde os primeiros dentes decíduos. Quanto a sua forma de apresentação clínica metade do serviço privado e 29 (48,3%) do público, acreditam que se inicia como uma mancha de coloração branca.

Tabela 2 – Comparação do conhecimento das gestantes do setor público e privado quanto aos cuidados bucais na primeira infância. Natal-RN, 2015.

Início dos cuidados bucais	Inadequado (n/%)	Adequado (n/%)	Total (n/%)	P	RP (IC 95%)
Público	55 (91,7)	5 (8,3)	60 (100)	0,210	1,020 (0,860 - 1,010)
Privado	59 (98,3)	1(1,7)	60 (100)		
Presença de cárie nos dentes decíduos					
Público	11 (18,3)	49 (81,7)	60 (100)	0,810	1,100 (0,500 - 2,390)
Privado	10 (16,7)	50 (83,3)	60 (100)		

Continuação da Tabela 2 – Comparação do conhecimento das gestantes do setor público e privado quanto aos cuidados bucais na primeira infância. Natal-RN, 2015.

Característica clínica do início da cárie	Adequado (n/%)	Inadequado (n/%)	Total (n/%)	P	RP(IC 95%)
Público	31 (51,7)	29 (48,3)	60 (100)	0,850	1,030 (0,730 - 1,470)
Privado	30 (50,0)	30 (50,0)	60 (100)		
Quando iniciar a higiene bucal					
Público	14 (23,3)	46 (76,7)	60 (100)	0,002	2,800 (1,080 - 7,290)
Privado	5 (8,3)	55 (91,7)	60 (100)		
Forma de higienização oral antes da erupção dos dentes					
Público	14 (23,3)	46 (76,7)	60 (100)	<0,001	...
Privado	0 (0)	60 (100)	60 (100)		
Forma de higienização oral depois da erupção dos dentes					
Público	38 (63,3)	22 (36,7)	60 (100)	0,700	0,950 (0,730 - 1,240)
Privado	40 (66,7)	20 (33,3)	60 (100)		
Início do uso de pasta de dentes com flúor					
Público	35 (58,3)	25 (41,7%)	60 (100)	0,080	0,790 (0,610 - 1,030)
Privado	44 (73,3)	16 (26,7)	60 (100)		
Início do uso do fio dental					
Público	30 (50,0)	30 (50,0)	60 (100)	<0,001	3,750 (1,170 - 7,500)
Privado	8 (13,3)	52 (86,7)	60 (100)		
Potencial cariogênico do leite					
Público	43 (71,7)	17 (28,3)	60 (100)	0,330	1,130 (0,880 - 1,450)
Privado	38 (63,3)	22 (36,7)	60 (100)		
Inserção de açúcar na alimentação					
Público	30 (50,0)	30 (50,0)	60 (100)	<0,001	4,290 (2,040 - 8,990)
Privado	7 (11,7)	53 (88,3)	60 (100)		
Uso do copo					
Público	42 (70,0)	18 (30,0)	60 (100)	0,016	1,450 (1,060 - 1,970)
Privado	29 (48,3)	31 (51,7)	60 (100)		
Relação entre hábitos deletérios e o posicionamento dos dentes					
Público	56 (93,3)	4 (6,7)	60 (100)	0,050	1,140 (0,990 - 1,310)
Privado	49 (81,7)	11 (18,3)	60 (100)		

Fonte: Dados coletados por meio de entrevistas

Sobre as questões referentes à higienização bucal, ainda de acordo com a tabela 2, 8,3% (n=5) das entrevistadas do privado não reconhecem a importância da higienização da cavidade oral antes dos dentes nascerem, contrastando com 23,3% (n=14) do público (p=0,02). No entanto, cem por cento (n=60) do setor privado, acha necessário executar a limpeza antes da erupção dentária com fralda ou gaze embebida com água filtrada, porém, 23,3% (n=14) no público, não jugam necessário essa limpeza ou a executam de forma inadequada (p<0,001). Já em relação a higiene após a irrupção do dente decíduo, 40 (66,7%) e 38 (63,3%) do setor privado e público, respectivamente, desconhecem que já pode ser efetuada com escova e pasta de dentes. De acordo com a Tabela 3, das 120 entrevistadas, 49,2% (n= 59) pensa que deve ser apenas com escova de dentes molhada.

Tabela3 – Distribuição das frequências de respostas quanto a forma de higienização após a erupção dentária e momento ideal para início do uso de dentifício fluoretado. Natal-RN, 2015.

Tipo de higiene após erupção dentária	n	%
Fralda ou gaze com água filtrada	18	15
Fralda ou gaze com água oxigenada	1	0,8
Só escova de dente molhada	59	49,2
Escova e pasta	42	35
Pasta de dente com flúor	n	%
pasta sem flúor nos decíduos	7	5,8
pasta com flúor já nos primeiros decíduos	41	34,2
pasta com flúor a partir dos 3 anos	28	23,3
pasta com flúor nos decíduos quando criança souber cuspir	44	36,7

Fonte: Dados coletados por meio de entrevistas

Ainda sobre escovação, a maioria, de ambos os grupos, não usaria pasta de dentes com flúor nos dentes decíduos (tabela 2). Pois, presumem que só possa ser inserida após os 3 anos de idade ou quando a criança souber cuspir (tabela 3). Notou-se uma diferença significativa quanto ao uso do fio dental por parte do setor privado, uma vez que somente 8 (13,3%) utilizariam apenas nos dentes permanentes, contrastando com 30 (50%) do público (p<0,01).

Os resultados obtidos acerca do potencial cariogênico do leite materno apontam que 17 (28,3%) e 22 (36,7%), público e privado, respectivamente, o conhecem, sem diferença estatisticamente significativa entre elas. Sobre o momento em que deve ser iniciado a ingestão de açúcar, só 7 (11,7%) do privado desconhecem que essa ingestão deverá ser adiada ao máximo, porém no serviço público esse número aumenta para 30 (50%) (p<0,01). No que diz respeito ao uso do copo 18 (30%) do serviço público e 31(51,7%) do privado, consideram a utilização do mesmo a partir dos 6 meses de vida (p=0,016).

Por fim, quando questionadas sobre a relação dos hábitos deletérios e o posicionamento dos dentes, somente 6,7% (n=4) do público e 18,3% (n=11) do privado responderam que os mesmos irão prejudicar quando prolongados após três anos de idade (p=0,05).

4 DISCUSSÃO

A estratégia de promoção de saúde bucal em bebês baseia-se em ações educativas como instrumento para incorporação de hábitos saudáveis que perdurem por toda a vida do indivíduo^{12,3}. Para tal, é determinante a educação e capacitação da mãe como agente transmissor do conhecimento preventivo, por se tratar de um modelo a ser seguido dentro do núcleo familiar.

O período gestacional é o mais adequado para o início da motivação e capacitação das mães para a adoção das medidas preventivas, por se tratar de um ciclo, durante o qual, a mulher está mais receptiva para essas informações. Porém o nível de conhecimento sofre influência dos diversos fatores socioeconômicos, conseqüentemente, interfere na qualidade de saúde bucal da criança⁷. Diante disso, é preciso conhecer a população local para poder elaborar as estratégias de prevenção de acordo com as necessidades identificadas.

A amostra do estudo aqui apresentado foi constituída por 120 gestantes, distribuídas de forma equitativa entre o serviço público e privado. A faixa etária de maior prevalência foi de 26 a 35 anos, perfazendo 53,3% do total da amostra. Tal faixa etária está condizente com o período reprodutivo feminino que segundo a OMS¹⁵ compreende dos 15 aos 49 anos. De acordo com os dados do IBGE¹⁵ o grupo etário que mais teve filho no Brasil no ano de 2013 foi de 20 a 24 anos, seguido de 25 a 29 e 30 a 34 anos.

Analisando os dados socioeconômicos, podemos afirmar que 51,6% (n=62) possui renda máxima de 1 salário mínimo (R\$788,00), caracterizando-se como de baixa renda, isso condiz com os dados do IBGE¹⁶ 2014, onde o rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* da população residente é de R\$ 695,00 no Estado do Rio Grande do Norte.

Quanto a escolaridade, 31,7% (n=38), possui apenas o nível fundamental completo. Esses dados são relevantes, pois interferem no acesso as informações e serviços de saúde bucal, bem como no nível de saúde bucal, isto está bem consolidado na literatura, como pode ser visto em outros estudos como o de Campos et al. (2010)¹³, Hom et al. (2012)¹⁷, Manaa et al. (2013)¹⁰, Castilho et al. (2013)³, onde quanto menor o nível de escolaridade e

socioeconômico, menores são os cuidados bucais, menor o grau de conhecimento dos entrevistados.

A necessidade de conscientização das mães para que compreendam a saúde bucal como parte integrante da saúde geral melhora a motivação das mesmas para a adoção de hábitos saudáveis. Cabe ao cirurgião-dentista orientá-las quanto a importância da higiene oral, uso de fluoretos, aconselhamento dietético, uso racional de chupeta, mamadeira; entre outros.

Com base nos dados coletados a respeito do conhecimento das gestantes quanto aos cuidados de saúde bucal no bebê analisamos que 91,7% (n=55) do serviço público e 98,3% (n=59) do serviço privado, desconhecem a necessidade de iniciar os cuidados odontológicos na criança durante a gravidez. Esse resultado aponta a falta de informações das mães quanto a inter-relação entre os cuidados bucais adotados pela mesma e a saúde bucal do bebê, podendo ser fornecidas essas informações através do pré-natal odontológico que busca desmistificar algumas crenças em relação à gravidez e o tratamento odontológico; conscientizar os pais em relação aos cuidados com a saúde bucal; orientá-los quanto ao uso do flúor; importância da amamentação, entre outros.

A doença cárie ocorre devido a desmineralização da superfície dentária ocasionada pela interação entre microrganismos, carboidratos fermentáveis, hospedeiro e tempo. Sua apresentação clínica, inicialmente, é na forma de uma mancha de coloração branca¹⁰. O presente estudo observou que 83,3% (n=50) das gestantes do privado e 81,7% (n=49) do público sabem que a cárie pode se instalar desde o primeiro dente decíduo. Porém, quanto ao conhecimento da apresentação clínica, esse número reduz para 50% (n=30) e 48,3% (n=29), respectivamente. Sendo assim, faz-se necessário instruir as mães para melhor diagnosticarem lesões cariogênicas iniciais, a fim de que o tratamento curativo seja o menos invasivo possível.

Sabe-se que o controle do acúmulo de biofilme na superfície dentária consiste na maneira mais eficaz para a prevenção das principais doenças bucais, como cárie e doença periodontal, podendo ser realizado por meios mecânicos e complementados com meios químicos (soluções para bochechos)³. Sendo o mecânico através da escovação dentária e uso do fio dental. Portanto, a higiene bucal assume um papel essencial como meio mais efetivo e acessível para a prevenção da cárie. Sobre a questão de quando deve iniciar a limpeza da cavidade oral do bebê, 55 (91,7%) gestantes do privado e 46 (76,7%) do público julgam

necessário que se inicie logo após o nascimento ($p=0,02$), dessa forma, a gestantes do setor público apresentam um maior desconhecimento em relação às gestantes do privado.

Corroborando com esses resultados, os estudos de Hanna et al. (2007)¹ e Akapabio et al. (2008)¹⁸ demonstram que 92% ($n= 37$) e 83,3% ($n=87$), respectivamente, apresentam nível de conhecimento satisfatório quanto ao momento ideal para o início da higiene bucal.

Ainda sobre higienização da cavidade oral, as entrevistadas foram avaliadas quanto a maneira adequada de realizar essa higiene antes da erupção dos dentes. Cem por cento do setor privado ($n=60$) e 76,7% ($n=46$) do público acham necessária a limpeza da gengiva por meio de uma fralda ou gaze umedecida com água filtrada ($p<0,001$). Esta diferença significativa entre os setores aponta o maior grau de informação das gestantes do serviço privado. Em outra pesquisa com 78 mães, 58,97% ($n=46$), na faixa etária de 20 a 30 anos julgam essencial a mesma forma de higienização¹².

Quando questionadas a respeito do uso de escova de dentes e pasta para escovação após a erupção dos dentes, das 120 entrevistadas, somente 42 responderam adequadamente, dessas, 20 (33,3%) realizavam pré-natal na clínica privada e 22 (36,7%) através do SUS. Das 120 entrevistadas, 49,2% ($n= 59$) pensam que deve ser com escova de dentes molhada. Esse dado contrasta com o achado por Santos et al. (2011)², onde 45 (75%) das 60 mães avaliadas, utilizam escova e pasta desde a erupção do primeiro dente. Na pesquisa de Clifford et al. (2012)¹⁹ a maioria das mães também acreditam que deve começar a prática de escovação a partir da erupção do primeiro dente.

Com relação a esse desconhecimento das gestantes quanto a escovação apontado pelo presente estudo, Suresh et al. (2010)²⁰ concluiu o mesmo ao verificar que as gestantes realizavam a escovação somente após a erupção de todos os dentes decíduos. E no estudo de Rothnie et al. (2012)⁶ a escovação não deve ser feita antes dos dois anos de idade quando a criança apresentará um maior número de dentes.

No que concerne a utilização de dentifrício fluoretado, mais de cinquenta por cento da população avaliada, tanto no grupo público como no privado, não acha necessário o seu uso até que a criança aprenda a cuspir. Esses dados estão de acordo com os obtidos por Gigliotti et al. (2007)¹², onde somente 42,31% ($n=33$) utilizariam pasta com flúor logo após o nascimento do dente, enquanto 53,87% ($n=42$) usariam após os dois anos de idade. A literatura afirma que a mesma deve ser usada já nos primeiros dentes de leite, contudo, devido à grande variação de

sua concentração de flúor e o risco de desenvolvimento de fluorose dentária, o profissional dentista deve instruir adequadamente os pais quanto a quantidade de pasta a ser colocada na escova, ou seja, o equivalente ao tamanho de um grão de arroz¹³. A população deve ser informada, também, sobre a importância do flúor na prevenção da cárie.

A utilização do fio dental está indicada para a higienização diária das superfícies dentárias interproximais. As gestantes do serviço privado estão cientes quanto a necessidade do uso do fio dental nos dentes decíduos, pois somente 8 (13,3%), das 60, adiariam a sua utilização para os dentes permanentes havendo uma discrepância com o público, pois apenas 50% (30) responderam corretamente ($p < 0,01$).

Os dados observados no setor público estão de acordo com os estudos de Gigliotti et al. (2007)¹², onde pouco mais da metade (56,41% /n= 44) das mães usam o fio dental nos dentes decíduos. Já de acordo com Akpabio et al. (2008)¹⁸ e Santos et al. (2011)², 73,3% (n=44), 56,2% (n=59) passariam o fio dental apenas quando toda a dentição decídua estiver eucionada, por volta dos 3 anos de idade. Dessemelhança, foi vista no estudo de Campos et al (2010)¹³, pois as entrevistadas acreditam que o fio dental deve ser usado apenas quando há restos alimentares.

Sabendo que os hábitos de escovação e uso do fio dental são desenvolvidos na criança por meio do comportamento materno que elas observam e vivenciam, esse resultado comprova a necessidade de um pré-natal odontológico visando orientar melhor as gestantes quanto a higiene bucal, dentre outras questões relacionadas com a prevenção de doenças bucais.

Dados relevantes foram coletados no tocante a associação do leite materno com a presença de cárie, ingestão de açúcar e uso do copo. Quanto ao potencial cariogênico do leite materno, os resultados obtidos certificam o baixo conhecimento das gestantes, pois de toda a amostra, apenas 39, sendo 17 público, 22 privado, sabiam dessa inter-relação. Como apontado na literatura, Santos et al 2011, mostraram que numa amostra de 60 mães com idade entre 18 a 42 anos, 73,3% (n=44), acreditam que o leite materno não causa cárie. Diante disso, comprova-se a necessidade de alertar os pais ou responsáveis em relação a amamentação, principalmente, noturna, pois quando a criança adormece há a redução do fluxo salivar permitindo que o leite fique durante longos períodos em contato com a superfície dentária⁷.

Sobre a ingestão de açúcar, o maior nível de desconhecimento está no setor público, onde 50% (n=30) da população não acredita que deva ser adiada ao máximo, pois no serviço privado apenas 11,7% (n=7) julgam da mesma forma ($p < 0,001$). Referente a mesma pergunta, outro estudo, com 78 mães, encontrou a seguinte frequência: 17,95% (n=14) dariam açúcar entre 2 e 6 meses, 25,64% (n=20) de 6 a 12 meses, 20,51% de 12 a 18 meses, 15,4% (n=12) depois dos 18 anos¹². Com isso observamos que a maior porcentagem de mães passa a ofertar açúcar para a criança no período em que se inicia o desmame e a inserção de outros alimentos como sucos, não recebendo informações quanto a importância de ingestão do açúcar após as principais refeições e em baixa frequência, devendo estar sempre associada a higienização oral após o consumo.

Devido o desconhecimento das mães quanto ao malefício da alta taxa de consumo de açúcar por crianças, ainda é alto o índice de cárie precoce na infância, constituindo um problema de saúde pública. Essa doença traz graves consequências para a saúde tanto oral como geral da criança, influenciando negativamente na alimentação, no déficit de atenção, bem como sono¹⁸.

O aleitamento materno favorece o crescimento e nutrição do bebê reduzindo a morbimortalidade. Além disso, auxilia no desenvolvimento craniofacial, conseqüentemente, previne más oclusões, por exercitar a musculatura orofacial, melhora também, as funções como fala, deglutição, mastigação, respiração²¹. A OMS recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo, sob livre demanda, até os seis primeiros meses, e a manutenção da amamentação complementar pode ser feita até os 2 anos de idade²². Quando questionadas sobre o momento correto para o início do desmame e inserção do uso do copo as gestantes do serviço público tiveram menor grau de conhecimento, uma vez que 42(70,0%) contra 29 (48,3%) do serviço privado, não consideram que deva ser feita aos 6 meses de vida ($p=0,016$). Esse achado está de acordo com o encontrado por Gigliotti et al. (2007)¹², pois 47,43% (n=37) das gestantes passaram a utilizar o copo apenas aos 12 meses.

Outro dado significativo avaliado consiste na falta de conhecimento da população estudada quanto a interferência de hábitos deletérios no posicionamento dos dentes, visto que somente 6,7% (n=4) e 18,3% (n=11), público e privado, respectivamente, julgam que os hábitos de sucção digital e chupeta influenciam negativamente o posicionamento dentário quando prolongado depois dos três anos de idade. No estudo de Massoni et al. (2009)⁹, 94,5% (n=86) das gestantes supõem que a chupeta prejudica o crescimento orofacial da criança,

dessas, 62,5% (n=57) consideram que pode ser usada até um ano de idade e 25,3% (n=23) até três anos de idade.

Após análise dos dados apresentados, podemos concluir que quando confrontada a população pública e privada estudada, as gestantes do serviço público apresentam maior grau de limitação quanto aos conhecimentos referentes a questões como: o período adequado para iniciar a higiene bucal, bem como a forma como a mesma deve ser feita antes da erupção dos dentes; necessidade de utilização do fio dental nos dentes decíduos. Quanto a dieta, desconhecem a necessidade de adiar a inserção de açúcar ao máximo, ou ainda o momento ideal para iniciar o desmame e passar a fazer uso do copo. Quanto aos hábitos deletérios, julgam que interferem o posicionamento dentário em qualquer idade.

Pode-se observar, também, que as gestantes de ambos os grupos não tinham informações adequadas sobre o potencial cariogênico do leite e o momento ideal para começarem os cuidados odontológicos.

Diante disso, cabe aos odontólogos, desenvolverem programas educativos voltados para mulheres grávidas, especialmente as de classe social baixa, no intuito de instruí-las quanto aos cuidados com a saúde bucal do bebê. Essas ações poderão ser executadas nas instituições onde as mesmas realizem o acompanhamento gestacional, através da instituição de um pré-natal odontológico.

REFERÊNCIAS

1. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. RGO.2007; 55:271-274.
2. Santos KC, Monnazzi ACA, Rosell FL, Silva SRC, Valsecki AJ, Tagliaferro EPS. Conhecimentos de mães sobre promoção de saúde bucal em bebês. Rev. ABO Nac. 2011;19:34-38.
3. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim – Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. Jornal de Pediatria. 2013, 89: 116-123.
4. Guarienti CA, Barreto VC, Figueiredo MC. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada. 2009; 9: 321-325.
5. Buerlein JK, Horowitz AM, Child WL. Perspectives of Maryland women regarding oral health during pregnancy and early childhood. Journal of public health dentistry. 2011; 71: 131-135.

6. Rothnie JJ, Walsh CA, Wang MJJ, Morgaine KC, Drummond BK. An exploratory study of pregnant women's knowledge of child oral health care in New Zealand. *New Zealand Dental Journal*. 2012; 129-133.
7. Oliveira ALBM, Botta AC, Rosell FL. Promoção de saúde bucal em bebês. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*. 2010; 22: 247-253.
8. Magalhães AC. Estratégias Educativas-preventivas para a Promoção de Saúde Bucal na Primeira Infância. *Odontologia Clínica e Científica*. 2009; 8: 245-249.
9. Massoni ACLT, Ferreira JMS, Silva FDSCM, Carvalho LFPG, Duarte RC. Conhecimento de gestantes sobre a saúde bucal dos bebês. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2009; 13: 41-47.
10. Manna A, Carlen A, Lingström P. Dental caries and associated factors in mothers and their preschool and school children- A cross-sectional study. *Journal of Dental Sciences*. 2013; 8: 101-108.
11. Batistella FID, Imparato JCP, Raggio DP, Carvalho AS. Conhecimento das Gestantes Sobre Saúde Bucal na Rede Pública e em Consultórios Particulares. *RGO*. 2006; 54: 67-73.
12. Gigliotti MP, Theodoro D, Oliveira TM, Silva SMB, Machado MAAM. Relação entre nível de escolaridade de mães e percepção sobre saúde bucal de bebês. *Salusvita*. 2007; 26:169 – 177.
13. Campos L, Bottan ER, Birolo JB, Silveira EG, Schmitt BHE. Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2010; 7: 287-295.
14. Boggess KA, Diana M, Moos \mk, Polinkovsky M, El- Khorazaty J, Lorenz C. Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *JADA*. 2011; 142: 1275-282.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Estatísticas do Registro Civil. 2013; 40 [acesso em 20 mai 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise das condições de vida da população brasileira. 2014. [acesso em 20 mai 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
17. Hom JM, Lee JY, Divarisk, Baker AD, Jr Vann WA. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *JADA*. 2012; 143: 972-980.
18. Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR. Mothers'/Guardians' knowledge about promoting children's oral health. *Journal of Dental Hygiene*. 2008; 82: 1-9.
19. Clifford H, Johnson NW, Brown C, Battistutta A. When can oral health education begin? Relative effectiveness of three oral health education strategies starting pre-partum. *Community Dental Health*. 2012; 29:162-167.
20. Suresh BS, Ravishankar TL, Chaitra TR, Mohapatra AK, Gupta V. Mother's knowledge about pre-school child's oral health. *Journal of Indian Society os Pedodontics and preventive dentistry*. 2010; 28: 282-287.

21. Saliba NA, Zina LG, Moimaz SAS, Salida O. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. *Revista brasileira de saúde materno-infantil*. 2008; 8: 481-490.
22. Pedras CTPA, Pinto EALC, Mezzacappa MA. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*. 2008; 8: 163-169.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Avaliação da percepção e conhecimento das gestantes sobre atenção odontológica precoce

Etapa 1: Avaliação das condições socioeconômicas e demográficas

Idade:

- Até 15 anos
 16 a 25 anos
 26 a 35 anos
 Mais de 35 anos

Número de filhos: ____

Período gestacional:

- 2º trimestre 3º trimestre

Serviço onde realiza o pré-natal:

- Público Privado

Etnia:

- Amarela
 Branco
 Indígena
 Pardo
 Negro

Estado civil:

- Solteira
 Casada
 Divorciada
 Viúva
 Mora com parceiro(a)

Ocupação:

- Dona de casa
 Trabalha fora de casa um expediente
 Trabalha fora de casa dois

expedientes

Renda:

- Nenhuma renda
 Até um salário mínimo
 2 a 4 salários mínimos
 5 a 7 salários mínimos
 Mais de 8 salários mínimos

Escolaridade:

- Nunca estudou
 Primário incompleto
 Primário completo
 Fundamental incompleto
 Fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 Ensino superior completo
 Outro: _____

Etapa 2.1: percepção sobre atenção odontológica precoce

Quando deve iniciar os cuidados odontológicos na criança:

- Durante a gravidez
 Assim que a criança nasce
 Quando nasce o primeiro dente
 Depois dos 3 anos de idade

A cárie pode se instalar em bebês desde o nascimento do primeiro dente:

- Não, pois só acontece nos dentes permanentes
 Sim
 Não sei

A cárie começa de que forma:

- Como uma mancha branca
 Como uma mancha escurecida
 Não sei

Etapa 2.2: percepção sobre higiene bucal

Quando deve iniciar a limpeza da boca do bebê:

- Antes dos dentes nascerem
 Após o nascimento do primeiro dente
 Quando já tem vários dentes na boca
 Quando o bebê deixar

Como limpar a boca do bebê antes de ter dentes:

- Com fralda ou gaze com água filtrada
- Com fralda ou gaze com água oxigenada
- Só com escova de dente molhada
- Com escova e pasta de dente
- Não é necessário limpar

Como limpar a boca do bebê quando nascem os dentes:

- Com fralda ou gaze com água filtrada
- Com fralda ou gaze com água oxigenada
- Só com escova de dente molhada
- Com escova e pasta de dente
- Não é necessário limpar

Quando começar a usar pasta de dentes com flúor:

- Pasta de dente sem flúor nos dentes de leite
- Pasta de dente com flúor já desde os primeiros dentes de leite
- Pasta de dente com flúor a partir dos 3 anos de idade
- Pasta de dente com flúor nos dentes de leite só se a criança souber cuspir

Quando usar fio dental:

- Desde os dentes de leite
- Somente nos dentes permanentes
- Não sei

Etapa 2.3: percepção sobre dieta

Leite materno pode estar associado a cárie:

- Sim
- Não
- Não sei

A partir de que idade pode dar açúcar para a criança:

- Não sei
- Quando começa a usar mamadeira
- Antes dos seis meses
- Adiar ao máximo

Com que idade a criança deve deixar de ser amamentada pelo peito ou mamadeira e passa a usar o copo

- Nos primeiros 6 meses
- Depois de 6 meses
- Depois de 1 ano
- Depois de 3 anos

Em relação aos hábitos de sucção (como chupeta e dedo) você acredita que:

- O uso de chupeta e a sucção de dedos não prejudicam a posição dos dentes
- A Chupeta e a sucção de dedos prejudicam a posição dos dentes em qualquer idade
- Prejudicam a posição dos dentes se for prolongado até depois dos 3 anos de idade
- Somente o uso de chupeta prejudica a posição dos dentes
- Somente a sucção de dedos prejudica a posição dos dentes

ANEXO B- Tabela da análise descritiva

Tabela 4 - Análise descritiva

idade	n	%
até 15 anos	2	1,7
16 a 25 anos	29	24,2
26 a 35 anos	64	53,3
36 ou mais	25	20,8
período gestacional		
segundo trimestre	39	32,5
terceiro trimestre	81	67,5
unidade de saúde		
público	60	50
privado	60	50
raça		
amarela	8	6,7
branca	44	36,7
indígena	1	0,8
parda	45	37,5
negra	22	18,3
estado civil		
solteira	23	19,2
casada	71	59,2
divorciada	3	2,5
mora com parceiro	23	19,2
trabalha fora?		
dona de casa	50	41,7
trabalha fora de casa 1 expediente	25	20,8
trabalha fora de casa 2 expedientes	45	37,5
renda		
nenhuma renda	10	8,3
até 1 salário mínimo	52	43,3
2 a 4 salários mínimos	46	38,3
5 a 7 salários mínimos	10	8,3
mais de 8 salários mínimos	2	1,7
escolaridade		
primário incompleto	3	2,5
primário completo	5	4,2
fundamental incompleto	21	17,5
fundamental completo	9	7,5
ensino médio incompleto	10	8,3
ensino médio completo	37	30,8
ensino superior incompleto	16	13,3
ensino superior completo	19	15,8

continuação da tabela 4 com análise descritiva. Natal-RN,2015.

quando começar cuidados bucais		
durante a gravidez	6	5
quando criança nasce	77	64,2
quando nasce o 1º dente	35	29,2
depois dos 3 anos	2	1,7
cárie dentição decídua		
sim	99	82,5
não	8	6,7
não sei	13	10,8
início da cárie		
como uma mancha branca	59	49,2
como uma mancha escurecida	49	40,8
não sei	12	10
início da higiene bucal		
antes dos dentes nascerem	101	84,2
após nascimento 1º dente	16	13,3
quando tiver vários dentes na boca	2	1,7
quando bebê deixar	1	0,8
tipo de higiene antes erupção dentária		
fralda ou gaze com água filtrada	106	88,3
fralda ou gaze com água oxigenada	2	1,7
só escova de dente molhada	1	0,8
escova e pasta	2	1,7
não é necessário higienizar	9	7,5
tipo de higiene após erupção dentária		
fralda ou gaze com água filtrada	18	15
fralda ou gaze com água oxigenada	1	0,8
só escova de dente molhada	59	49,2
escova e pasta	42	35
pasta de dente com flúor		
pasta sem flúor nos decíduos	7	5,8
pasta com flúor já nos primeiros decíduos	41	34,2
pasta com flúor a partir dos 3 anos	28	23,3
pasta com flúor nos decíduos quando criança souber cuspir	44	36,7
uso do fio dental		
desde os dentes de leite	82	68,3
somente nos permanentes	27	22,5
não sei	11	9,2
amamentação		
sim	39	32,5
não	61	50,8
não sei	20	16,7

continuação da tabela 4 com análise descritiva. Natal-RN,2015.

adição de açúcar		
não sei	9	7,5
quando começa a usar mamadeira	25	20,8
antes dos 6 meses	3	2,5
adiar ao máximo	83	69,2
uso de copo		
primeiros 6 meses	3	2,5
depois de 6 meses	49	40,8
depois de 1 ano	49	40,8
depois de 3 anos	19	15,8
hábitos deletérios		
chupeta e dedo não prejudicam a posição dos dentes	1	0,8
chupeta e dedo prejudicam a posição dos dentes em qualquer idade	90	75
chupeta e dedo prejudicam a posição dos dentes somente quando prolongado após 3 anos de idade	15	12,5
apenas a chupeta prejudica posicionamento dos dentes	9	7,5
apenas o dedo prejudica posicionamento dos dentes	5	4,2

Fonte: dados coletados por meio de entrevistas

ANEXO C – Tabelas com análise inferencial

Tabela 5 - Análise inferencial com a variável idade

Início dos cuidados bucais	Inadequado (n/%)	Adequado (n/%)	Total (n/%)	P	Rp (ic 95%)
≤ 25 anos	30 (96,8)	1 (3,2)	31 (100)	1,000	1,020 (0,940 - 1,110)
> 25 anos	84 (94,4)	5 (5,6)	89 (100)		
Presença de cárie na dentição decídua					
≤ 25 anos	11 (35,5)	20 (64,5)	31 (100)	0,002	3,160 (1,490 - 6,700)
> 25 anos	10 (11,2)	79 (88,8)	89 (100)		
Característica clínica do início da cárie					
≤ 25 anos	19 (61,3)	12 (38,7)	31 (100)	0,180	1,300 (0,910 - 1,850)
> 25 anos	42 (47,2)	47 (52,8)	89 (100)		
Quando iniciar a higiene bucal					
≤ 25 anos	6 (19,4)	25 (80,6)	31 (100)	0,570	1,320 (0,550 - 3,180)
> 25 anos	13 (14,6)	76 (85,4)	89 (100)		
Forma de higienização oral antes da erupção dos dentes					
≤ 25 anos	2 (6,5)	29 (93,5)	31 (100)	0,520	0,480 (0,110 - 2,020)
> 25 anos	12 (13,5)	77 (86,5)	89 (100)		

Continuação da tabela 5 da análise inferencial com a variável idade. Natal-RN, 2015.

Forma de higienização oral depois da erupção dos dentes					
≤ 25 anos	23 (74,2)	8 (25,8)	31 (100)	0,210	1,200 (0,920 - 1,560)
> 25 anos	55 (61,8)	34 (38,2)	89 (100)		
Início do uso de pasta de dentes com flúor					
≤ 25 anos	24 (77,4)	7 (22,6)	31 (100)	0,110	1,250 (0,970 - 1,610)
> 25 anos	55 (61,8)	34 (38,2)	89 (100)		
Início do uso do fio dental					
≤ 25 anos	12 (38,7)	19 (61,3)	31 (100)	0,330	1,320 (0,770 - 2,290)
> 25 anos	26 (29,2)	63 (70,8)	89 (100)		
Potencial cariogênico do leite					
≤ 25 anos	23 (74,2)	8 (25,8)	31 (100)	0,360	1,140 (0,880 - 1,470)
> 25 anos	58 (65,2)	31 (34,8)	89 (100)		
Inserção de açúcar na alimentação					
≤ 25 anos	12 (38,7)	19 (61,3)	31 (100)	0,270	1,380 (0,790 - 2,400)
> 25 anos	25 (28,1)	64 (71,9)	89 (100)		
Uso do copo					
≤ 25 anos	21 (67,7)	10 (32,3)	31 (100)	0,260	1,030 (0,900 - 1,630)
> 25 anos	50 (56,2)	39 (43,8)	89 (100)		
Relação entre hábitos deletérios e o posicionamento dos dentes					
≤ 25 anos	27 (87,1)	4 (12,9)	31 (100)	1,000	0,99 (0,850 - 1,160)
> 25 anos	78 (87,6)	11 (12,4)	89 (100)		

Fonte: dados coletados por meio de entrevistas

Tabela 6 - Análise inferencial com a variável período gestacional

Início dos cuidados bucais	Inadequado (n/%)	Adequado (n/%)	Total (n/%)	P	RP (IC 95%)
2º trimestre	38 (97,4)	1 (2,6)	39 (100)	0,660	1,040 (0,960 - 1,120)
3º trimestre	76 (93,8)	5 (6,2)	81 (100)		
Presença de cárie na dentição decídua					
2º trimestre	7 (17,9)	32 (82,1)	39 (100)	0,930	1,038 (0,460 - 2,360)
3º trimestre	14 (17,3)	67 (82,7)	81 (100)		

Continuação da Tabela 6 - Análise inferencial com a variável período gestacional. Natal-RN, 2015.

Característica clínica do início da cárie					
2º trimestre	20 (51,3)	19 (48,7)	39 (100)		1,013
3º trimestre	41 (50,6)	40 (49,4)	81 (100)	0,950	0,700 - 1,470)
Quando Iniciar a higiene bucal					
2º trimestre	8 (20,5)	31 (79,5)	39 (100)		1,510
3º trimestre	11 (13,6)	70 (86,4)	81 (100)	0,330	(0,660 - 3,450)
Forma de higienização oral antes da erupção dos dentes					
2º trimestre	4 (10,3)	35 (89,7)	39 (100)		0,830
3º trimestre	10 (12,3)	71 (87,7)	81 (100)	1,000	(0,800 - 2,480)
Forma de higienização oral depois da erupção dos dentes					
2º trimestre	28 (71,8)	11 (28,2)	39 (100)		1,160
3º trimestre	50 (61,7)	31 (38,3)	81 (100)	0,280	(0,900 - 1,510)
Início do uso de pasta de dentes com flúor					
2º trimestre	28 (71,8)	11 (28,2)	39 (100)		1,140
3º trimestre	51 (63,0)	30 (37,0)	81 (100)	0,340	(0,880 - 1,480)
Início do uso do fio dental					
2º trimestre	10 (25,6)	29 (74,4)	39 (100)		0,740
3º trimestre	28 (34,6)	53 (65,4)	81 (100)	0,320	(0,400 - 1,370)
Potencial cariogênico do leite					
2º trimestre	25 (64,1)	14 (35,9)	39 (100)		0,930
3º trimestre	56 (69,1)	25 (30,9)	81 (100)	0,580	(0,700 - 1,220)
Inserção de açúcar na alimentação					
2º trimestre	15 (38,5)	24 (61,5)	39 (100)		1,420
3º trimestre	22 (27,2)	59 (72,8)	81 (100)	0,210	(0,830 - 2,410)
Uso do copo					
2º trimestre	25 (64,1)	14 (35,9)	39 (100)		1,130
3º trimestre	46 (56,8)	35 (43,2)	81 (100)	0,440	(0,830 - 1,530)
Relação entre hábitos deletérios e o posicionamento dos dentes					
2º trimestre	33 (84,6)	6 (15,4)	39 (100)		0,950
3º trimestre	72 (88,9)	9 (11,1)	81 (100)	0,560	(0,820 - 1,110)

Fonte: dados coletados por meio de entrevistas

Tabela 7 - Análise inferencial com a variável estado civil

Início dos cuidados bucais	Inadequado (n/%)	Adequado (n/%)	Total (n/%)	P	RP (IC 95%)
Solteira/ Divorciada	25 (96,2)	1 (3,8)	26 (100)	1,000	1,020 (0,930 - 1,110)
Casada/ Mora com parceiro	89 (94,7)	5 (5,3)	94 (100)		
Presença de cárie na dentição decídua					
Solteira/ Divorciada	7 (26,9)	19 (73,1)	26 (100)	0,160	1,810 (0,810 - 4,010)
Casada/ Mora com parceiro	14 (14,9)	80 (85,1)	94 (100)		
Característica clínica do início da cárie					
Solteira/ Divorciada	18 (69,2)	8 (30,8)	26 (100)	0,030	1,510 (1,080 - 2,120)
Casada/ Mora com parceiro	43 (45,7)	51 (54,3)	94 (100)		
Quando Iniciar a higiene bucal					
Solteira/ Divorciada	6 (23,1)	20 (76,9)	26 (100)	0,360	1,670 (0,700 - 3,960)
Casada/ Mora com parceiro	13 (13,8)	81 (86,2)	94 (100)		
Forma de higienização oral antes da erupção dos dentes					
Solteira/ Divorciada	4 (15,4)	22 (84,6)	26 (100)	0,500	1,450 (0,490 - 4,240)
Casada/ Mora com parceiro	10 (10,6)	84 (89,4)	94 (100)		
Forma de higienização oral depois da erupção dos dentes					
Solteira/ Divorciada	17 (65,4)	9 (34,6)	26 (100)	0,960	1,010 (0,730 - 1,380)
Casada/ Mora com parceiro	61 (64,9)	33 (35,1)	94 (100)		
Início do uso de pasta de dentes com flúor					
Solteira/ Divorciada	14 (53,8)	12 (46,2)	26 (100)	0,140	0,780 (0,530 - 1,140)
Casada/ Mora com parceiro	65 (69,1)	29 (30,9)	94 (100)		
Início do uso do fio dental					
Solteira/ Divorciada	11 (42,3)	15 (57,7)	26 (100)	0,190	1,470 (0,850 - 2,550)
Casada/ Mora com parceiro	27 (28,7)	67 (71,3)	94 (100)		
Potencial cariogênico do leite					
Solteira/ Divorciada	20 (76,9)	6 (23,1)	26 (100)	0,250	1,180 (0,920 - 1,530)
Casada/ Mora com parceiro	61 (64,9)	33 (35,1)	94 (100)		
Inserção de açúcar na alimentação					
Solteira/ Divorciada	10 (38,5)	16 (38,5)	26 (100)	0,340	1,340 (0,750 - 2,390)
Casada/ Mora com parceiro	27 (28,7)	67 (71,3)	94 (100)		

Continuação da Tabela 7 da análise inferencial com a variável estado civil. Natal-RN, 2015.

Uso do copo					
Solteira/ Divorciada	18 (69,2)	8 (30,8)	26 (100)	0,240	1,230 (0,900 - 1,680)
Casada/ Mora com parceiro	53 (56,4)	41 (43,6)	94 (100)		
Relação entre hábitos deletérios e o posicionamento dos dentes					
Solteira/ Divorciada	24 (92,3)	6 (15,4)	26 (100)	0,420	1,070 (0,930 - 1,230)
Casada/ Mora com parceiro	81 (86,2)	13 (13,8)	94 (100)		

Fonte: dados coletados por meio de entrevistas

Tabela 8 - Análise inferencial com a variável ocupação

Início dos cuidados bucais	Inadequado (n/%)	Adequado (n/%)	Total (n/%)	P	RP (IC 95%)
Dona de casa	49 (98,0)	1 (2,0)	50 (100)	0,400	1,050 (0,980 - 1,140)
Trabalha fora de casa	65 (92,9)	5 (7,1)	70 (100)		
Presença de cárie na dentição decídua					
Dona de casa	12 (24,0)	38 (76,0)	50 (100)	0,110	1,870 (0,850 - 4,100)
Trabalha fora de casa	9 (12,9)	61 (87,1)	70 (100)		
Característica clínica do início da cárie					
Dona de casa	31 (62,0)	19 (38,0)	50 (100)	0,040	1,450 (1,020 - 2,050)
Trabalha fora de casa	30 (42,9)	40 (57,1)	70 (100)		
Quando Iniciar a higiene bucal					
Dona de casa	16 (32,0)	34 (68,0)	50 (100)	< 0,001	7,470 (2,300 - 24,26)
Trabalha fora de casa	3 (4,3)	67 (95,7)	70 (100)		
Forma de higienização oral antes da erupção dos dentes					
Dona de casa	9 (18,0)	41 (82,0)	50 (100)	0,070	2,520 (0,900 - 7,070)
Trabalha fora de casa	5 (7,1)	65 (92,9)	70 (100)		
Forma de higienização oral depois da erupção dos dentes					
Dona de casa	28 (56,0)	22 (44,0)	50 (100)	0,080	0,780 (0,590 - 1,040)
Trabalha fora de casa	50 (71,4)	20 (28,6)	70 (100)		

Continuação da tabela 8 da análise inferencial com a variável ocupação. Natal-RN,2015.

Início do uso de pasta de dentes com flúor					
Dona de casa	31 (62,0)	19 (38,0)	50 (100)	0,450	0,900 (0,690 - 1,180)
Trabalha fora de casa	48 (68,6)	22 (31,4)	70 (100)		
Início do uso do fio dental					
Dona de casa	22 (44,0)	28 (56,0)	50 (100)	0,010	1,920 (1,130 - 3,280)
Trabalha fora de casa	16 (22,9)	54 (77,1)	70 (100)		
Potencial cariogênico do leite					
Dona de casa	41 (82,0)	9 (18,0)	50 (100)	0,004	1,430 (1,230 - 1,830)
Trabalha fora de casa	40 (57,1)	30 (42,9)	70 (100)		
Inserção de açúcar na alimentação					
Dona de casa	23 (46,0)	27 (54,0)	50 (100)	0,002	2,300 (1,320 - 4,010)
Trabalha fora de casa	14 (20,0)	56 (80,0)	70 (100)		
Uso do copo					
Dona de casa	33 (66,0)	17 (34,0)	50 (100)	0,200	1,220 (0,910 - 1,630)
Trabalha fora de casa	38 (54,3)	32 (45,7)	70 (100)		
Relação entre hábitos deletérios e o posicionamento dos dentes					
Dona de casa	46 (92,0)	4 (8,0)	50 (100)	0,210	1,090 (0,960 - 1,240)
Trabalha fora de casa	59 (84,3)	11 (15,7)	70 (100)		

Fonte: dados coletados por meio de entrevistas

Tabela 9 - Análise inferencial com a variável renda familiar

Início dos cuidados bucais	Inadequado (n/%)	Adequado (n/%)	Total (n/%)	P
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	60 (96,8)	2 (3,2)	62 (100)	0,310
2 a 4 salários mínimos	42 (91,3)	4 (8,7)	46 (100)	
5 ou mais salários mínimos	12 (100)	0 (0)	12 (100)	
Presença de cárie na dentição decídua				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	12 (19,4)	50 (80,6)	62 (100)	0,850
2 a 4 salários mínimos	7 (15,2)	39 (84,8)	46 (100)	
5 ou mais salários mínimos	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (100)	

Continuação da Tabela 9 da análise inferencial com a variável renda. Natal-RN,2015.

Característica clínica do início da cárie				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	36 (58,1)	26 (41,9)	62 (100)	
2 a 4 salários mínimos	20 (43,5)	26 (56,5)	46 (100)	0,260
5 ou mais salários mínimos	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (100)	
Quando Iniciar a higiene bucal				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	14 (22,6)	48 (77,4)	62 (100)	
2 a 4 salários mínimos	3 (6,5)	43 (93,5)	46 (100)	0,080
5 ou mais salários mínimos	2 (16,7)	10 (83,3)	12 (100)	
Forma de higienização oral antes da erupção dos dentes				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	12 (19,4)	50 (80,6)	62 (100)	
2 a 4 salários mínimos	2 (4,3)	44 (95,7)	46 (100)	0,020
5 ou mais salários mínimos	0 (0)	12 (100)	12 (100)	
Forma de higienização oral depois da erupção dos dentes				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	39 (62,9)	23 (37,1)	62 (100)	
2 a 4 salários mínimos	30 (65,2)	16 (34,8)	46 (100)	0,720
5 ou mais salários mínimos	9 (75,0)	3 (25,0)	12 (100)	
Início do uso de pasta de dentes com flúor				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	38 (61,3)	24 (38,7)	62 (100)	
2 a 4 salários mínimos	33 (71,7)	13 (28,3)	46 (100)	0,530
5 ou mais salários mínimos	8 (66,7)	4 (33,3)	12 (100)	
Início do uso do fio dental				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	29 (46,8)	33 (53,2)	62 (100)	
2 a 4 salários mínimos	8 (17,4)	38 (82,6)	46 (100)	<0,001
5 ou mais salários mínimos	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (100)	
Potencial cariogênico do leite				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	47 (75,8)	15 (24,2)	62 (100)	
2 a 4 salários mínimos	27 (58,7)	19 (41,3)	46 (100)	0,130
5 ou mais salários mínimos	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (100)	
Inserção de açúcar na alimentação				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	32 (51,6)	30 (48,4)	62 (100)	
2 a 4 salários mínimos	5 (10,9)	41 (89,1)	46 (100)	<0,001
5 ou mais salários mínimos	0 (0)	12 (100)	12 (100)	
Uso do copo				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	42 (67,7)	20 (32,3)	62 (100)	
2 a 4 salários mínimos	23 (50,0)	23 (50,0)	46 (100)	0,140
5 ou mais salários mínimos	6 (50,0)	6 (50,0)	12 (100)	
Relação entre hábitos deletérios e o posicionamento dos dentes				
Nenhuma renda ou até um salário mínimo	56 (90,3)	6 (9,7)	62 (100)	
2 a 4 salários mínimos	42 (91,3)	4 (8,7)	46 (100)	0,006
5 ou mais salários mínimos	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (100)	

Fonte: dados coletados por meio de entrevistas

Tabela 10 - Análise inferencial com a variável escolaridade

Início dos cuidados bucais	Inadequado (n/%)	Adequado (n/%)	Total (n/%)	P
Nunca estudou, fundamental inc/completo	36 (94,7)	2 (5,3)	38 (100)	0,950
Ensino médio inc/completo	45 (95,7)	2 (4,3)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	33 (94,3)	2 (5,7)	35 (100)	
Presença de cárie na dentição decídua				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	6 (15,8)	32 (84,2)	38 (100)	0,130
Ensino médio inc/completo	12 (25,5)	35 (74,5)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	3 (8,6)	32 (91,4)	35 (100)	
Característica clínica do início da cárie				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	20 (52,6)	18 (47,4)	38 (100)	0,770
Ensino médio inc/completo	25 (53,2)	22 (46,8)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	16 (45,7)	19 (54,3)	35 (100)	
Quando Iniciar a higiene bucal				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	12 (31,6)	26 (68,4)	38 (100)	0,003
Ensino médio inc/completo	6 (12,8)	41 (87,2)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	1 (2,9)	34 (97,1)	35 (100)	
Forma de higienização oral antes da erupção dos dentes				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	11 (28,9)	27 (71,1)	38 (100)	<0,001
Ensino médio inc/completo	2 (4,3)	41 (95,7)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	1 (2,9)	34 (97,1)	35 (100)	
Forma de higienização oral depois da erupção dos dentes				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	23 (60,5)	15 (39,5)	38 (100)	0,002
Ensino médio inc/completo	24 (51,1)	23 (48,9)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	31 (88,6)	4 (11,4)	35 (100)	
Início do uso de pasta de dentes com flúor				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	22 (57,9)	16 (42,1)	38 (100)	0,440
Ensino médio inc/completo	32 (68,1)	15 (31,9)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	25 (71,4)	10 (28,6)	35 (100)	
Início do uso do fio dental				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	20 (52,6)	18 (47,4)	38 (100)	0,002
Ensino médio inc/completo	13 (27,7)	34 (72,3)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	5 (14,3)	30 (85,7)	35 (100)	

Continuação da Tabela 10 da análise inferencial com a variável escolaridade. Natal-RN,2015.

Potencial cariogênico do leite				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	28 (73,7)	10 (26,3)	38 (100)	0,004
Ensino médio inc/completo	37 (78,7)	10 (21,3)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	16 (45,7)	19 (54,3)	35 (100)	
Inserção de açúcar na alimentação				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	22 (57,9)	16 (42,1)	38 (100)	<0,001
Ensino médio inc/completo	8 (17,0)	39 (83,0)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	7 (20,0)	28 (80,0)	35 (100)	
Uso do copo				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	27 (71,1)	11 (28,9)	38 (100)	0,120
Ensino médio inc/completo	23 (48,9)	24 (51,1)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	21 (60,0)	14 (40,0)	35 (100)	
Relação entre hábitos deletérios e o posicionamento dos dentes				
Nunca estudou, fundamental inc/completo	35 (92,1)	3 (7,9)	38 (100)	0,260
Ensino médio inc/completo	42 (89,4)	5 (10,6)	47 (100)	
Ensino superior inc/completo ou pós graduação	28 (80,0)	7 (20,0)	35 (100)	

Fonte: dados coletados por meio de entrevistas

Tabela 11 - Análise inferencial com a variável do serviço onde realiza o pré-natal

Início dos cuidados bucais	Inadequado (n/%)	Adequado (n/%)	Total (n/%)	P	RP (IC 95%)
Público	55 (91,7)	5 (8,3)	60 (100)	0,210	1,020 (0,860 - 1,010)
Privado	59 (98,3)	1(1,7)	60 (100)		
Presença de cárie na dentição decídua					
Público	11 (18,3)	49 (81,7)	60 (100)	0,810	1,100 (0,500 - 2,390)
Privado	10 (16,7)	50 (83,3)	60 (100)		
Característica clínica do início da cárie					
Público	31 (51,7)	29 (48,3)	60 (100)	0,850	1,030 (0,730 - 1,470)
Privado	30 (50,0)	30 (50,0)	60 (100)		
Quando Iniciar a higiene bucal					
Público	14 (23,3)	46 (76,7)	60 (100)	0,002	2,800 (1,080 - 7,290)
Privado	5 (8,3)	55 (91,7)	60 (100)		

Continuação da Tabela 11 da análise inferencial com a variável onde realiza o serviço de pré-natal. Natal-RN, 2015

Forma de higienização oral antes da erupção dos dentes					
Público	14 (23,3)	46 (76,7)	60 (100)	<0,001	
Privado	0 (0)	60 (100)	60 (100)		
Forma de higienização oral depois da erupção dos dentes					
Público	38 (63,3)	22 (36,7)	60 (100)	0,700	0,950
Privado	40 (66,7)	20 (33,3)	60 (100)		(0,730 - 1,240)
Início do uso de pasta de dentes com flúor					
Público	35 (58,3)	25 (41,7%)	60 (100)	0,080	0,790
Privado	44 (73,3)	16 (26,7)	60 (100)		(0,610 - 1,030)
Início do uso do fio dental					
Público	30 (50,0)	30 (50,0)	60 (100)	<0,001	3,750
Privado	8 (13,3)	52 (86,7)	60 (100)		(1,170 - 7,500)
Potencial cariogênico do leite					
Público	43 (71,7)	17 (28,3)	60 (100)	0,330	1,130
Privado	38 (63,3)	22 (36,7)	60 (100)		(0,880 - 1,450)
Inserção de açúcar na alimentação					
Público	30 (50,0)	30 (50,0)	60 (100)	<0,001	4,290
Privado	7 (11,7)	53 (88,3)	60 (100)		(2,040 - 8,990)
Uso do copo					
Público	42 (70,0)	18 (30,0)	60 (100)	0,016	1,450
Privado	29 (48,3)	31 (51,7)	60 (100)		(1,060 - 1,970)
Relação entre hábitos deletérios e o posicionamento dos dentes					
Público	56 (93,3)	4 (6,7)	60 (100)	0,050	1,140
Privado	49 (81,7)	11 (18,3)	60 (100)		(0,990 - 1,310)

Fonte: dados coletados por meio de entrevistas

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE / UFRN CAMPUS
CENTRAL****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ATENÇÃO ODONTOLÓGICA PRECOCE: PERCEPÇÃO DAS
GESTANTES USUÁRIAS DO SERVIÇO PÚBLICO E PRIVADO

Pesquisador: Isabelita Duarte Azevedo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 37529914.1.0000.5537

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Número do Parecer: 974.751

Data da Relatoria: 27/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso - TCC do Departamento de Odontologia e consiste na avaliação do grau de conhecimentos de gestantes sobre os cuidados em saúde bucal. A introdução de hábitos adequados, em especial, de higiene bucal durante a primeira infância favorece a manutenção dos mesmos durante toda a vida. A percepção das mães sobre a importância de se instituir tais hábitos e a capacitação para a adoção de manobras preventivas é de grande relevância, repercutindo, assim, em melhorias para a saúde bucal. Serão arroladas 200 participantes (amostra de conveniência), que preencherão um questionário com perguntas sobre status sócio-econômico e conhecimentos sobre cuidados com saúde bucal. Os dados serão apresentados em forma de estatística descritiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce.

Objetivos Secundários:

1. Comparar o nível de percepção das gestantes usuárias do serviço público e privado sobre a atenção odontológica precoce
2. Relacionar quantidade de gestações com a percepção da gestante no que tange à saúde bucal;

3. Relacionar a faixa etária da gestante com a sua percepção em relação à saúde bucal;
4. Relacionar o nível de escolaridade da gestante com a sua percepção em relação à saúde bucal;
5. Relacionar o estado civil da gestante com a sua percepção em relação à saúde bucal;
6. Relacionar a renda familiar da gestante com a sua percepção em relação à saúde bucal;
7. Identificar quais os aspectos da atenção odontológica precoce são mais dúbios para as gestantes entrevistadas;
8. Identificar o nível de conhecimento das gestantes envolvidas na pesquisa sobre os cuidados com a higiene bucal na primeira infância;
9. Identificar o nível de conhecimento das gestantes sobre os cuidados com a dieta;
10. Identificar o nível de conhecimento das gestantes sobre a utilização do flúor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, associados ao preenchimento de um questionário simples. Em caso de desconforto o preenchimento será descontinuado.

O benefício é a possibilidade de orientação acerca de cuidados com a saúde bucal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um trabalho de TCC. Um estudo descritivo. Serão incluídas no estudo mulheres que estejam no segundo ou terceiro trimestre gestacional, usuárias do serviço ofertado pelas unidades de saúde do serviço público ou privado do município de Natal no Rio Grande do Norte. Serão excluídas da pesquisa as mulheres que não estão no período gestacional ou que estejam no primeiro trimestre da gravidez.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos: carta de apresentação assinada e carimbada; folha de rosto devidamente preenchida; formulário CEP/UFRN devidamente preenchido; declaração de não-início datada de julho de 2014; termo de confidencialidade assinado pela pesquisadora e pela estudante, assinado em julho de 2014; carta de anuência da Maternidade Escola Januário Cicco endereçada ao CEP do HUOL, datada de agosto desse ano. Carta de anuência com cabeçalho do Departamento de Odontologia assinada por um médico toco-ginecologista em agosto de 2014. Projeto completo. Projeto da Plataforma Brasil; questionário da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE está escrito em linguagem adequada e contém quase todos os elementos preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise das cartas de anuência, verificamos que o pesquisador acatou as sugestões feitas por esse Comitê e, por isso, o projeto apresenta-se aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;
5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

NATAL, 05 de Março de 2015

Assinado por:

LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ

(Coordenador)

ANEXO E - NORMAS DA REVISTA

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Direitos autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

Crerios para aprovaço e publicaçõ de artigo

Além da observaçõ das condições éticas da pesquisa, a seleçõ de um manuscrito levará em consideraçõ a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definiçõ do problema

estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

Seções da Revista

- Editorial escrito a convite do editor
- Revisão: avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.
- Artigos Originais: divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada.

Resultados: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); Discussão: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho. Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

- No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo.
- Notas de Pesquisa: relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, e até 10 referências.
- Relato de Caso/Série de Casos: casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras. Informes Técnico-Institucionais deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.
- Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).
- Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on line (máximo 1.500 palavras). Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.
- Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Nota 1: Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e referências;

Nota 2: Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos on-line, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.imip.org.br/rbsmi>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido. Página de Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Relato de Caso/Série de Casos, Informe Técnico-Institucionais, Artigos Especiais e Artigos de Revisão, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de Revisão os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões. Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários. Página das Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional. Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte. Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio. Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista

adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Obes Gastroenterol.* 2007; 132: 2087-102.

Livro

Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary system.* 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993. Editor, Organizador, Compilador Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hypotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. *Pharmacology of anti hypertensive drugs.* Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53. Congresso considerado no todo *Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland.* Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland.* Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. *Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação].* Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. *Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese].* Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico - Artigo de revista

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil Secretaria Executiva Rua dos Coelho, 300 Boa Vista Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550 Tel / Fax: +55 +81 2122.4141 E-mail: revista@imip.org.br Site: www.imip.org.br/rbsmi

