



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Disfunção familiar e má oclusão em crianças de 2 a 5 anos de idade.

Cristiane Ribeiro da Silva Castro



Salvador
Março, 2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Disfunção familiar e má oclusão em crianças de 2 a 5 anos de idade.

Dissertação apresentada ao Colegiado do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como parte do requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária, área de concentração em Epidemiologia.

Aluna: Cristiane Ribeiro da Silva Castro

Profa Orientadora: Dra Maria Isabel Pereira Vianna

Salvador
Março, 2008

Ficha Catalográfica
Elaboração Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

C355d Castro, Cristiane Ribeiro da Silva.

Disfunção familiar e má oclusão em crianças de 2 a 5 anos de idade. /
Cristiane Ribeiro da Silva Castro. – Salvador: C.R.S.Castro, 2008.

91p.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Maria Isabel Pereira Vianna.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal
da Bahia.

1. Má Oclusão. 2. Criança. 3. Família. 4. Hábitos de Sucção. I. Título.

CDU 616.314

*“De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”*

Fernando Sabino

Dedico este trabalho aos meus familiares e amigos pelo incentivo e apoio constantes.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre presente na minha vida, me guiando, dando força e me concedendo tantas bênçãos.

Aos meus pais por possibilitarem essa minha existência, pelo esforço em garantir minha saúde, educação e crescimento.

A Bel, exemplo de conhecimento, honestidade, justiça, humildade, amor, meus agradecimentos especiais e emocionados pela confiança, atenção, carinho, acolhimento. Por ter me 'adotado', escutado e cuidado de mim durante esses seis anos de convivência. Por acreditar em minha capacidade, pelos ensinamentos não só científicos, mas morais e sociais. Agradeço pela orientação e dedicação durante a concretização desse trabalho.

A Tininha, por ter me convidado a participar do grupo de pesquisa, pela viabilização dessa pesquisa e pelas contribuições durante o exame de qualificação e pela ajuda em todas as etapas de construção deste trabalho.

A todos os professores do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia, pela credibilidade, pelos conhecimentos e pela torcida.

A todos os professores do Instituto de Saúde Coletiva, pelos ensinamentos e por colaborarem com a minha formação.

A Profa Darci pela disponibilidade e contribuições no exame de qualificação, pelos ensinamentos e confiança durante o tirocínio docente.

Aos funcionários do ISC: Nunce, Moysés e Clinger, pela disponibilidade, ajuda e bom humor.

Aos colegas do curso pelos conhecimentos compartilhados, pelos momentos prazerosos de troca. Agradeço especialmente a Anne pela confiança e por todos os momentos passados juntas, principalmente aqueles de escuta, estudo, troca e

pela ajuda com os conteúdos relativos à amamentação. E a Alcy, agradeço pelas trocas de experiência, solicitude e disponibilidade.

Aos amigos: David, pelo incentivo desde o momento da seleção para o programa de mestrado até a conclusão deste trabalho. E pelo apoio nos momentos difíceis e de desânimo. Obrigada pela amizade e palavras certas exatamente quando eu preciso ouvi-las. Gal, pela escuta inestimável, pelos conselhos, pelo exemplo moral, pela amizade e ajuda na revisão do projeto de dissertação. Kennedy, pela atenção, incentivo e carinho durante estes dois anos. Fabi, pela amizade, apoio, conhecimento e experiências compartilhados e pela companhia em Economia da Saúde. Cassiano, pelo apoio e ajuda nos assuntos computacionais e em tantos outros.

A Antônio, pela ajuda, disponibilidade e paciência nas tentativas de desvendar os “mistérios” do SAS.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq pelo financiamento do projeto e pela bolsa concedida.

Às famílias e as crianças que abriram as portas de suas casa, pela contribuição e confiança.

À equipe de campo, pelo compromisso e dedicação na etapa de coleta de dados.

Aos amigos e familiares agradeço a compreensão pela ausência.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

Apresentação	09
Artigo: Mordida aberta anterior em crianças de 2 a 5 anos: ocorrência e fatores associados.	10
Resumo	11
Abstract	12
Introdução	13
Metodologia	15
Desenho do Estudo	15
População de Estudo	15
Coleta de Dados	16
Definição das variáveis	17
Plano de análise	18
Aspectos éticos	18
Resultados	19
Discussão	20
Considerações finais	27
Referências bibliográficas	28
Tabela 1. Prevalência de MAA e características sócio demográficas e comportamentais da população de estudo (n=362)	36
Tabela 2. Características do ambiente familiar da população de estudo n=(362)	37
Tabela 3. Prevalência de mordida aberta anterior, segundo as variáveis de interesse (n=362).	38
Tabela 4. Razões de prevalência e intervalos de confiança da associação bruta entre as variáveis independentes estudadas a MAA, obtidos através de análise bivariada (n=362).	39
Tabela 5- Modelo final de análise de Regressão Logística para a ocorrência de MAA em crianças de Salvador-BA, 2005 (n=362).	40
Apêndices	
Projeto de dissertação	41
Anexo I. Termo de consentimento	81
Anexo II. Ficha A	82
Anexo III. Ficha individual	85
Anexo IV. Indicadores gerais	86
Anexo V. Ficha de exame	87
Relatório de pesquisa	88

APRESENTAÇÃO

Este trabalho de conclusão de mestrado tem formato de artigo, intitulado: “Mordida aberta anterior em crianças de 2 a 5 anos: ocorrência e fatores associados”. Para compor este produto final, ora submetido ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, além do artigo são apresentados o Projeto de Dissertação e o Relatório de Pesquisa. Estes últimos com o objetivo de dar ao leitor uma visão mais geral do estudo, desde a sua concepção, operacionalização, mudanças ao longo do percurso até a indicação de seus possíveis desdobramentos.

O estudo buscou descrever a prevalência de mordida aberta anterior em pré-escolares e identificar fatores associados à ocorrência desta oclusopatia, focalizando fatores sócio-demográficos, comportamentais e do ambiente familiar. Especial interesse foi direcionado à disfunção familiar, referida pela presença de alcoolismo e/ou sintomas psiquiátricos na família. Dessa forma, objetivou-se contribuir com a formulação de hipóteses e de políticas sociais voltadas para o universo familiar.

**MORDIDA ABERTA ANTERIOR EM CRIANÇAS DE 2 A 5 ANOS:
OCORRÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS.**

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF ANTERIOR OPEN BITE IN
CHILDREN AGED 2 - 5 YEARS-OLD.

RESUMO

Introdução: a mordida aberta anterior (MAA) é umas das oclusopatias de maior comprometimento estético-funcional e de tratamento mais complexo, portanto é fundamental a sua prevenção e, para este fim, o conhecimento dos fatores de risco envolvidos na sua determinação faz-se necessário.

Objetivo: descrever a prevalência de MAA e identificar fatores associados a sua ocorrência, focalizando, em especial, os fatores comportamentais e aqueles relacionados com o ambiente familiar.

Métodos: foi realizado um estudo transversal em Salvador – BA, no ano de 2005. A amostra consistiu de 362 crianças de 2 a 5 anos de idade. A coleta de dados compreendeu o exame bucal das crianças e a entrevista estruturada com seus respectivos familiares no domicílio. Para a identificação de sintomas psiquiátricos e/ou caso de alcoolismo na família o *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)* e a escala CAGE adaptada, foram utilizados respectivamente. Procedeu-se a análise descritiva e *odds ratios* (ORs) foram estimados por meio de regressão logística não-condicional, empregando-se o IC a 95% como critério para aceitar as associações.

Resultados: a prevalência de MAA foi 19,19%. Observou-se uma associação positiva entre hábitos deletérios e esta oclusopatia ($OR_{ajust} = 7,44$; 95%IC: 3,30 16,74). A disfunção familiar, referida como a presença de alcoolismo e/ou presença de distúrbios psiquiátricos na família, não apresentou associação estatisticamente significativa quando ajustada pelas outras variáveis.

Considerações finais: sugere-se, na população estudada, uma associação entre, hábitos deletérios e a ocorrência de MAA em crianças de 2 a 5 anos de idade. O conhecimento das alterações oclusais na dentição decídua favorece o estabelecimento de ações preventivas ou interceptativas, com vistas a diminuir a prevalência das oclusopatias.

Palavras-chave: mordida aberta anterior; família, hábitos de sucção não nutritivo, criança.

ABSTRACT

Introduction: the anterior open bite is the malocclusion with major aesthetic and functional commitments, besides it has a more complex treatment. In order to prevent its occurrence, it's fundamental to know the risk factors.

Objective: to estimate the prevalence of anterior open bite and to examine the effects of some variables such as behaviors and those related to familiar environment.

Methods: a cross-sectional study was carried out in Salvador – BA, in 2005. A sample of 362 children aged between 2 to 5 years old was examined and their relatives were interviewed in their homes. The Self-Report Questionnaire (SQR-20) and CAGE scale (adaptated) were used to report psychiatric symptoms and alcoholism in the family. Descriptive analysis was proceeded. In order to verify the associations, odds ratio (OR), adjusted for the independent variables, was estimated through of non-conditional logistic regression.

Results: the prevalence of anterior open bite was 19,19%. Results of the logistic analysis showed a positive association between non-nutritive sucking habits and anterior open bite in children ($OR_{\text{ajust}} = 7,44$; 95%IC: 3,30 16,74). There was no association between familiar dysfunction, referred to the presence of psychiatric symptoms and alcoholism in the family, and anterior open bite.

Final considerations: results suggest that there is, in the population studied, an association between sucking behavior and the occurrence of anterior open bite in children. The knowledge of malocclusion in the primary dentition favors preventive actions to reduce the prevalence of malocclusion.

Key-words: anterior open bite, family, non-nutritive sucking habits; children.

INTRODUÇÃO

A mordida aberta é definida como uma deficiência no contato vertical entre os dentes dos arcos maxilar e mandibular. Se a falta de contato localiza-se na região dos dentes anteriores, enquanto os demais permanecem em oclusão, ela passa a ser denominada de mordida aberta anterior (MAA) (Moyers, 1991; Urias, 1994; Pinkhan, 1996; Silva-Filho, 1991). É uma das oclusopatias de maior comprometimento estético-funcional e de tratamento mais complexo, portanto é fundamental a sua prevenção e, para este fim, o conhecimento dos fatores de risco envolvidos na sua determinação faz-se necessário (Sousa et al., 2007).

Alguns estudos nacionais evidenciaram a alta prevalência desta enfermidade entre pré-escolares. Nas 400 crianças de 06 anos avaliadas por Peres et al. em uma coorte em Pelotas (2006) observou-se uma prevalência de 46,3% de mordida aberta anterior. Emmerich et al. (2004) encontraram 25,8% de ocorrência em crianças de 3 anos em Vitória do Espírito Santo. Na região Nordeste, no estudo desenvolvido por Sousa et al. em 2007 no município de Natal, esta oclusopatia foi observada em 20,6% das crianças avaliadas.

A MAA tem etiologia multifatorial e resulta de uma interação de fatores genéticos e do meio ambiente (Urias, 1994). Na fase da dentição decídua, as variáveis associadas mais importantes são as ambientais, principalmente as relacionadas com hábitos de sucção não nutritiva.

A MAA é a oclusopatia mais freqüente em crianças com hábitos de sucção digital ou de chupeta. Durante a sucção, o dedo ou a chupeta interpõe-se entre os incisivos superiores e inferiores, restringindo a sua erupção, enquanto os dentes posteriores continuam a desenvolver-se no sentido vertical, o que determina uma mordida aberta quase sempre restrita à região anterior dos arcos (Souza et al., 2006; Lima et al., 2002; Braghini et al., 2001; Dolci et al., 2001; Almeida et al., 2000; Zuanon et al., 2000; Serra-Negra et al., 1997; Pinkhan, 1996; Proffit, 1995; Paunio et al., 1993; Black et al., 1990).

Recentemente muitos investigadores têm sugerido que a relação entre amamentação e a mordida aberta não ocorre de forma direta, mas mediada pela ação dos hábitos de sucção. Desta forma, a ausência ou o pouco tempo de amamentação representa uma maior chance de desenvolver problemas oclusais, tais como a MAA (Thomaz, 2007; Souza et al., 2006; Tomita et al., 2004; Soares, 2003; Baldrighi et al., 2001; Bittencourt et al., 2001; Braghini et al., 2001; Zardetto, 2000; Leite et al., 1999; Robles et al., 1999; Ferreira & Toledo, 1997; Serra-Negra et al., 1997; Petrelli, 1994; Degano & Degano, 1993).

Poucas investigações abordam a influência das condições de vida nas alterações oclusais e as pesquisas ainda apresentam resultados contraditórios (Tomita et al., 2000b; Martins et al., 1998; Farsi et al., 1997; Tomita, 1997; Paunio et al., 1993; Silva-Filho et al., 1990). No Brasil, em alguns estudos, os fatores sociais e econômicos, a escolaridade e o trabalho materno, a ocupação da pessoa de maior renda do domicílio, apresentaram-se como fatores de risco para má oclusão (Soares et al., 2003; Tomita, 1997; Tomita et al., 2000b). Teles (2003) realizou um estudo com 522 mães e filhos, avaliando o impacto da qualidade de vida materna na saúde bucal da criança. Identificaram-se fatores psicológicos e físicos relativos às mães com influência sobre a saúde bucal dos seus filhos, tendo sido constatado uma associação estatisticamente significativa entre má qualidade de vida e má-oclusão.

Desta forma, os fatores que interferem na etiologia da MAA devem ser mais bem investigados, de forma que as medidas preventivas sejam apropriadas, em especial na idade pré-escolar. Assim, o objetivo deste estudo é descrever a prevalência de MAA e identificar fatores associados à ocorrência deste tipo específico de oclusopatia, focalizando, em especial, os fatores comportamentais e aqueles relacionados com o ambiente familiar.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório, desenvolvido em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e/ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no município de Salvador-Ba.

População de Estudo

A população de estudo envolveu crianças de 2 a 5 anos de idade oriundas de famílias residentes em áreas localizadas nos Distritos Sanitários Barra-Rio Vermelho, Brotas, Itapoan, Cajazeiras e Subúrbio Ferroviário do município de Salvador-Ba. As áreas foram delimitadas por conveniência, respeitando-se o critério de cobertura do PSF e/ou PACS, além da receptividade das equipes frente à perspectiva de avaliação das condições de saúde da população e das práticas assistenciais nas áreas selecionadas. Feitos os contatos, foram selecionados os bairros: Federação, Alto das Pombas, Nordeste de Amaralina, Candeal, Boca da Mata, Joanes Centro Oeste e Alto do Coqueirinho, incluindo 10 Equipes de Saúde da Família.

Definidas as áreas, considerou-se como unidade amostral as famílias que possuíam crianças menores de 5 anos. Considerando a população finita ($N=270.000$ - população estimada para esta faixa etária no município), pelo menos uma criança nesta condição em cada família, uma $OR=2,0$ para associação entre evento do contexto familiar e alterações bucais e poder de 80%, obteve-se um n mínimo de 320 famílias, extrapolado para 400 em função de potenciais perdas de informação.

A família foi identificada a partir de cadastro existente na unidade de saúde, procedendo-se a seleção aleatória de 57 famílias por equipe que tivessem pelo menos uma criança menor de 5 anos em sua composição (pré-escolar). A escolha do pré-escolar deu-se em função desta faixa etária constituir-se um grupo vulnerável em relação à condição de saúde bucal e pela escassez de estudos epidemiológicos envolvendo este grupo populacional. Além disso, esta faixa etária é a mais dependente dos cuidados dos adultos, ou seja, o cuidado que se

processa no ambiente familiar e/ou nos espaços sociais assume grande centralidade na promoção da saúde bucal dos pré-escolares.

Coleta de Dados

Sete equipes formadas por alunos de odontologia e por colaboradores do grupo de pesquisa, cada uma composta por examinador e anotador, foram responsáveis pela coleta, realizada durante o ano de 2005. Antes da condução da coleta de dados propriamente dita, foi realizado o pré-teste do instrumento envolvendo pelo menos 10 famílias, de forma a corrigir imprecisões no mesmo e adequar estratégias de abordagem das famílias durante a coleta dos dados. Realizou-se também uma capacitação teórica das equipes, com o objetivo de alcançar um consenso entre as mesmas em relação aos critérios dos índices utilizados no exame bucal. Após o treinamento, procedeu-se a calibração dos examinadores, mediante operacionalização de 30 exames em pré-escolares de uma escola pública. Chegou-se a uma concordância geral de 85,1% para oclusopatias entre os examinadores (OMS, 1999). A estatística Kappa foi calculada para as alterações de oclusão interexaminadores e variou de 0,86- 0,71.

A coleta ocorreu no ambiente domiciliar. O estudo envolveu a aplicação de questionário estruturado, dirigido a cada um dos membros da família presente no momento da visita, e realização de exame bucal dos pré-escolares, precedido do consentimento do responsável mediante assinatura do termo próprio. Um único membro, de preferência os pais ou responsáveis pela criança, validava as informações presentes na ficha A do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e os indicadores que eram comuns a toda a família.

Os dados foram registrados em instrumentos apropriados: uma ficha para registro do exame da condição de saúde bucal das crianças, a FICHA A do (SIAB) (BRASIL, 1998) e um questionário individual com os dados sócio-demográficos de cada um dos membros da família – sexo, idade, etnia, nível de escolaridade, dentre outros; hábitos associados a condição de saúde bucal na criança (alimentares, deletérios) além da Escala CAGE (Carvalhoes & Benício, 2002) e do Self-Report Questionnaire (SQR-20) (WHO, 1994).

A Escala CAGE consiste em um teste de triagem auto-informativo para alcoolismo que compreende quatro questões com respostas objetivas, sendo considerado positivo quando o resultado apresenta duas ou mais respostas afirmativas (Carvalhoes & Benício, 2002). O SRQ-20 é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para detectar distúrbios psiquiátricos menores na população. Composto por vinte questões com duas possibilidades de resposta (sim/não) que foram estruturadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. Conforme o indicador, morbidade psiquiátrica está associada à presença de sete ou mais desses sintomas (WHO, 1994).

O exame bucal foi realizado na residência do sujeito da pesquisa, sob luz natural, conforme a metodologia proposta pela OMS (1999). Durante a coleta foram utilizados equipamentos de proteção individual (gorro, máscara, jaleco, óculos de proteção e luvas descartáveis), gaze, sonda periodontal CPI (OMS, 1999), espelho bucal plano, lápis, borracha, apontador e pranchetas.

Definição das variáveis

A variável dependente foi a mordida aberta anterior, considerada presente quando a criança apresentava o mínimo de abertura no segmento anterior, isto é, falta de contato vertical dos dentes anteriores superiores e inferiores, quando em oclusão cêntrica. Ela foi categorizada como ausente ou presente. Selecionaram-se as seguintes variáveis para a análise: sócio-demográficas – Idade ≤ 3 anos ou > 3 anos, sexo feminino ou masculino, etnia preta/parda ou outras, densidade do domicílio até 02 pessoas ou mais de 02 pessoas por cômodo do domicílio, presença de pessoas não alfabetizadas na família não ou sim, tratamento da água não ou sim; variáveis comportamentais - tipo de aleitamento natural ou artificial, duração do aleitamento natural além dos 6 meses ou menor de 6 meses, hábitos deletérios ausência ou presença, duração do hábito menor de 36 meses ou maior que 36 meses. Foi também considerada a disfunção familiar, indicador composto desenvolvido a partir da avaliação da presença de alcoolismo (CAGE) e de distúrbios psiquiátricos (SRQ-20) na família, categorizada como ausência ou presença. Conforme o indicador, quando havia morbidade psiquiátrica detectada pela presença de oito ou mais respostas positivas no SRQ-20, e/ou presença de

alcoolismo registrado com duas ou mais respostas afirmativas na escala CAGE, era caracterizada a presença da disfunção familiar.

Plano de análise

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis de interesse obtendo-se as frequências simples para as variáveis categóricas e as medidas de tendência central e de dispersão para as contínuas. Foram observadas também as prevalências do efeito de acordo com as covariáveis, analisando-se as diferenças entre categorias através do teste do Qui-quadrado. Para cada variável de interesse foram estimadas as associações brutas com a mordida aberta anterior, através das Razões de Prevalência (RP) e Intervalos de Confiança a 95% obtidos pelo Método Mantel Haenszel. As variáveis que apresentaram um nível de significância menor ou igual a 5% foram selecionadas para a análise exploratória multivariada.

Na análise multivariada, o método utilizado foi a regressão logística não condicional, pois a variável dependente foi tratada de forma dicotômica e o estudo é não pareado. Os procedimentos de modelagem permitiram a construção do modelo final, para estimar a medida de associação entre os potenciais fatores de risco e mordida aberta anterior. Foi empregado o procedimento “backward” para a seleção das variáveis, iniciando com um modelo completo contendo todas as variáveis independentes, sem hierarquização, e adotando-se como critério de permanência no modelo o nível de significância estatística ($\alpha=0,05$). Devido ao interesse especial sobre disfunção familiar, decidiu-se pela manutenção dessa variável no modelo, independentemente dos resultados estatísticos. A magnitude da associação entre os potenciais determinantes e a MAA foi verificada pelo cálculo da estimativa de *Odds Ratio* (OR), cuja medida de precisão foi o intervalo de confiança a 95% estimado pelo *Wald Test* (Hosmer & Lemeshow, 1989). Os programas estatísticos utilizados foram o Epi-info versão 6.03 (DEAN et al., 1994) e o SAS versão 8.1 (SAS, 1999/2000).

Aspectos éticos

Este estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo e o protocolo da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (UFBA). Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, fez-se necessário que os indivíduos examinados ou seus respectivos responsáveis assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido conforme Resolução CNS 196/96.

RESULTADOS

Do total de 400 famílias previstas para o estudo, 357 foram investigadas, o que correspondeu a 89,25%. A população do estudo constituiu-se de 362 crianças com idade média de 3,6 anos (1,11), estando 173 com idade de dois a três anos (47,79%) e 189 com quatro a cinco anos (52,21%). A maioria (94,89%) era de etnia parda ou negra e do sexo feminino (53,59%). A prevalência de MAA foi 19,19%. Em relação aos fatores comportamentais, 65,45% das crianças foram amamentadas e destas 68,93% por mais de seis meses. A maior parte das crianças apresentavam hábitos deletérios (52,09%) e, destes, a sucção de chupeta foi o mais prevalente, pois 46,24% das crianças examinadas possuíam este hábito (Tabela 1).

Em relação às variáveis do ambiente familiar, observou-se que 58,46% das crianças estavam expostas à disfunção familiar, ou seja, algum parente apresentava sintomas psiquiátricos menores e/ou alcoolismo. Em se tratando das características do domicílio, houve uma predominância de casas de tijolo/adobe (95,53%), com abastecimento de água da rede pública (97,46%), coleta regular de lixo (98,58%), e sistema de esgotamento sanitário (95,45%). Prevaleceu a densidade domiciliar de duas pessoas ou menos por cômodo (84,81%) e todas as residências tinham energia elétrica (Tabela 2).

Conforme os dados da caracterização da população de estudo de acordo com o desfecho, observou-se que a prevalência de MAA foi maior nas crianças do sexo feminino, com idade maior que 2 anos, de etnia negro/pardo. As crianças que não foram amamentadas ou que o foram por um período inferior a seis meses e que possuíam hábitos deletérios apresentaram maior ocorrência dessa oclusopatia.

Encontrou-se, de uma maneira geral, um grau de homogeneidade entre as categorias das variáveis ambientais em relação à prevalência da MAA (Tabela 3).

Na análise bivariada, as variáveis amamentação (RP=1,53, IC 95%= 0,99 – 2,38), duração da amamentação (RP=1,81, IC 95%=1,16 – 2,82), hábitos deletérios (RP =6,68, IC 95%=3,29 – 13,57), e disfunção familiar (RP =1,12, IC 95%=0,71 – 1,76) foram selecionadas para a modelagem (Tabela 4). Observando-se na abordagem multivariada a associação entre cada variável selecionada e a ocorrência de mordida aberta anterior, ajustada por todas as outras variáveis independentes do modelo. Verificou-se que a presença de hábito deletério (OR =8,68, IC 95%=3,97 – 18,97) manteve-se associada positivamente à MAA e com significância estatística. As demais variáveis apresentaram associação positiva com o desfecho, mas não estatisticamente significante: a ausência de amamentação apresentou uma OR=1,46 (IC=0,80-2,66), a amamentação por menos de seis meses, OR=1,42 (IC=0,77-2,64) e a disfunção familiar, OR=1,11 (IC=0,61-2,01) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados sugerem que existe, na população estudada, associação entre hábitos deletérios, especificamente sucção digital e de chupeta, e a ocorrência de mordida aberta em crianças de 2 a 5 anos de idade. Após o ajuste pelas demais variáveis independentes, houve um aumento da força dessa associação. A disfunção familiar não apresentou associação significativa com a ocorrência de mordida aberta, não confirmando a hipótese de que a presença de alcoolismo ou sintomas psiquiátricos na família seja um fator associado a oclusopatia.

Considerando-se as medidas de ocorrência da MAA, pode-se dizer que a prevalência encontrada é compatível e ligeiramente menor que a maioria dos resultados de outros estudos envolvendo a mesma faixa etária (Peres et al., 2006; Sousa et al., 2007; Maciel & Leite, 2005; Emmerich et al., 2004; Katz et al., 2004; Siqueira et al., 2002; Ferreira et al., 2001; López et al., 2001; Serra-Negra et al., 1997; Paunio et al., 1993). As variações podem ser explicadas pelas

características distintas das populações, tais como idade e frequência de hábitos de sucção não-nutritiva e pelas diferenças na metodologia, como critério de diagnóstico, tamanho de amostra e desenho de estudo.

A prevalência de mordida aberta decresceu com o avanço da idade, mas essa diferença não foi significativa estando de acordo com outros estudos que não encontraram associação entre idade e MAA (Lima, 2005; Thomaz & Valença, 2005; Farsi & Salama, 1996). A principal causa dessa tendência, segundo Sousa et al. (2007), deve-se a alterações no crescimento, modificações dentárias e abandono dos hábitos deletérios, que possibilita a autocorreção da mordida aberta.

No sexo feminino houve uma prevalência da MAA levemente maior, resultado compatível com outros trabalhos (López et al., 2001; Araújo & Silva, 1986). Todavia, não houve associação estatisticamente significativa entre sexo e a referida oclusopatia, o que também corrobora os achados da literatura (Sousa et al., 2007; Peres et al., 2006; Thomaz & Valença, 2005; Emmerich, et al., 2004). Outros autores estudaram o desfecho oclusopatias na dentição decídua e também não encontraram associação estatisticamente significativa entre essa variável e o sexo das crianças (Thomaz et al., 2002; Martins et al., 1998; Tomita, 1997).

Estudos anteriores apontam para a ausência de ocorrência diferenciada de mordida aberta entre os tipos étnicos, fato confirmado no presente trabalho (Sousa et al., 2007; Emmerich, et al., 2004). Esses achados são esperados na população brasileira em geral, fortemente miscigenada, e, particularmente, na população deste estudo, considerando o predomínio absoluto da categoria negro/pardo (94,89%).

No que se refere ao tipo do aleitamento, houve associação entre essa variável e a MAA, confirmando que as crianças não amamentadas têm maior chance de desenvolver essa oclusopatia (Peres et al., 2006; Tomita et al., 2004; Zardetto, 2000; Leite et al., 1999; Serra-Negra et al., 1997; Petrelli, 1994; Degano & Degano, 1993).

Com relação à duração da amamentação, a maioria das crianças foi amamentada por um período superior aos seis meses, que é o recomendado, pois, nesta época, o leite materno é o alimento ideal, devendo ser irrestrito e em livre demanda (Araújo, 2007; Bittencourt et al., 2001; Leite et al., 1999). Na análise bivariada, foi encontrada associação entre esta variável e a MAA (RP=1,81 IC 95%=1,16 – 2,82). Peres et al. (2006) estudando essa relação, observaram uma baixa prevalência e severidade de mordida aberta em crianças amamentadas por um período maior que nove meses. Os autores consideram que isto se deve a um efeito de um hábito de sucção nutritiva no desenvolvimento oro-facial (Peres et al., 2007).

A amamentação tem sido associada ao adequado crescimento e desenvolvimento do complexo maxilo-mandibular, visto que proporciona as condições ideais para o exercício do sistema estomatognático, colaborando para o equilíbrio dos músculos e de todos os tecidos peribucais (Degano & Degano, 1993; Thomaz, 2007). Recentemente alguns investigadores têm sugerido que a relação entre amamentação e a oclusão não ocorre de forma direta, mas mediada pela ação dos hábitos de sucção não nutritiva. Eles relatam uma dificuldade em avaliar os efeitos da amamentação sobre o desenvolvimento dos arcos dentários, devido ao fato de que esses efeitos estarem associados aos causados pelos mesmos hábitos (Peres et al., 2007; Warren & Bishara, 2002).

As variáveis relacionadas com a amamentação perderam sua significância após o ajuste simultâneo envolvendo as demais variáveis no modelo. Provavelmente, o desenho transversal do estudo não possibilitou essa constatação na regressão logística múltipla, devido ao viés de memória, visto que os dados relativos ao aleitamento das crianças dependiam fortemente da memória dos informantes.

A alta ocorrência dos hábitos de sucção não nutritiva, assim como a predominância da sucção de chupeta, presente em 46,24% das crianças, está de acordo a maioria dos estudos nacionais (Araújo, 2007; Serra-Negra et al., 2006; Souza et al., 2006; Rochelle, 2005; Soares et al., 2003; Bittencourt et al., 2001; Braghini et al., 2001; Pires et al., 2001; Serra-Negra et al., 1997; Tomasi et al.,

1994). Um estudo longitudinal conduzido em Porto Alegre, também verificou uma alta prevalência de sucção de chupeta (61,6%), evidenciando o uso da chupeta como uma prática muito arraigada em nossa cultura mesmo em população orientada para evitá-la (Soares et al., 2003). O predomínio do uso de chupeta pode ser atribuído ao modo de vida moderno, à crescente industrialização, ao seu preço reduzido e aspectos socioculturais (Rochelle, 2005; Emmerich, et al., 2004; Baldrighi et al., 2001; Tomita et al., 2000b; Serra-Negra et al., 1997).

Em um estudo com abordagem qualitativa, Gonçalves (2001) afirma que apesar do conhecimento dos seus efeitos negativos, tais como contaminação por fungos e bactérias, dificuldade de amamentação e oclusopatias, o uso da chupeta continua a fazer parte da vida das crianças, por razões ligadas a algumas crenças dos pais, os quais acreditam que a chupeta deixa as crianças mais bonitas, tranqüilas e calmas. Algumas mães consideraram hábitos de sucção como costumes comuns na infância e não como ato deletério (Serra-Negra et al., 2006; Tomasi et al., 1994). Este acessório também é utilizado para compensar a ausência materna ou mesmo a mama.

Apesar de um número menor de crianças possuir o hábito de sucção digital (8,94%), elas o fazem por um período de tempo maior (Araújo, 2007; Serra-Negra et al., 2006; Verrastro, 2005; Bittencourt et al., 2001; Tomita et al., 2000b; Serra-Negra et al., 1997; Tomasi et al., 1994; Paunio et al., 1993). Essa diferença na duração da sucção digital deve-se principalmente à facilidade do acesso e ao fato do dedo ter características como calor, odor e consistência semelhantes ao do seio materno (Araújo, 2007; Verrastro, 2005).

Conforme descrito anteriormente, a associação entre hábitos de sucção não nutritiva e mordida aberta anterior foi confirmada, corroborando resultados de vários estudos (Peres et al., 2007; Souza et al., 2006; Lima, 2005; Thomaz & Valença, 2005; Emmerich, et al., 2004; Tomita et al., 2004; Warren & Bishara, 2002; Pires et al., 2001; Zuanon et al., 2001; Serra-Negra et al., 1997; Moyers., 1991). As crianças com esses hábitos apresentaram uma chance, aproximadamente, nove vezes maior de desenvolver essa oclusopatia e esta associação manteve-se forte e significativa após a modelagem.

Estes hábitos, presentes durante o período de crescimento facial e erupção das dentições, causam um desequilíbrio muscular que, por sua vez, pode estar associado à má oclusão, a problemas na fala, a mudanças na postura normal da mandíbula e na inclinação dos dentes anteriores. O dedo ou chupeta, durante a sucção, interpõe-se entre os incisivos superiores e inferiores, restringindo a irrupção destes dentes, enquanto os posteriores continuam a desenvolver-se no sentido vertical, o que leva a uma MAA (Klatchoian, 2002; Almeida et al., 2000). O tipo e a gravidade de uma má oclusão causada pelos hábitos de sucção dependem de fatores relacionados com o hábito, como intensidade, frequência, e duração do mesmo (Tríade de GRABER); resistência dentoalveolar e com o padrão dentofacial da criança (Correa, 1998; Graber et al., 1996; Moyers, 1991; Pinkham, 1996; Van Der Linden, 1986).

Há discussões a respeito do período em que este hábito deve ser considerado deletério ao crescimento craniofacial. A maioria dos autores considera que a sua presença a partir dos três anos já não é considerada fisiológica. Este período corresponde ao término da erupção completa da dentição decídua e estabelecimento da oclusão, o que representa uma mudança gradativa entre a fase edêntula, durante a qual prevalece o reflexo da sucção, e a nova fase dentada, na qual vai se iniciando o reflexo da mastigação (Klatchoian, 2002; Braghini et al., 2001; Tomita et al., 2000b; Robles et al., 1999; Corrêa, 1998; Pinkham, 1996). Dessa forma, a interrupção dos hábitos de sucção digital e de chupeta a partir dessa idade oferece um prognóstico favorável na prevenção da instalação da MAA e possibilita a sua autocorreção.

Grande parte das crianças estudadas vivia sob condições sócio-econômicas e de saneamento satisfatórias. Devido ao fato da população ser muito homogênea em relação às condições de moradia, era de se esperar que não se evidenciassem, no presente estudo, diferenças na ocorrência de MAA conforme essas variáveis. Estudos prévios analisando a mesma relação encontraram resultados conflitantes e não conclusivos (Silva-Filho et al., 1990; Peres et al., 2006; Martins et al., 1998). Sousa et al., (2007) verificaram que as variáveis relacionadas com MAA foram renda e o nível sócio econômico. Em direção oposta à hipótese formulada, o nível

sócio econômico desfavorável foi fator de proteção para o desenvolvimento dessa oclusopatia, o que foi atribuído à dificuldade de acesso à chupeta.

Os estudos do perfil de saúde bucal em coletividades, quando buscam suas determinações, o fazem em uma perspectiva mais voltada para elementos macrossociais (Tomita et al., 2000a; Gesser et al., 2001; Maltz & Silva, 2001; Cangussu, 2003) em detrimento dos aspectos microssociais, dentre os quais, destacam-se elementos do contexto familiar. Não obstante, a escassa ênfase dada a estes aspectos, os estudos nesta linha vêm apontando para a relevância dos fatores associados com o estilo de vida e padrões de comportamento familiar como decisivos nas enfermidades orais (Castro et al., 2001; Peres et al., 2000; Souza, 2004). Por este motivo, optou-se por levar a disfunção familiar para a modelagem, apesar desta variável não se mostrar associada à ocorrência de MAA na análise bivariada. Esta variável, referida como a presença de alcoolismo e/ou presença de distúrbios psiquiátricos na família, não apresentou significância quando ajustada pelas outras variáveis, mesmo assim, permaneceu no modelo final por ser de interesse nesse estudo.

A expressão funcionamento ou dinâmica familiar consiste em um conjunto de forças positivas e negativas que afetam o comportamento de cada membro, fazendo com que esta funcione bem ou mal (Cervený, 1997). A dinâmica familiar pode ser afetada por diversos fatores como trabalho materno, desemprego dos pais, psicopatologia parental, separação dos pais, dentre outros (Cervený, 1997). O uso abusivo de álcool propicia desavenças e crises, levando à desorganização familiar, afetando emocionalmente todos os membros da família e principalmente crianças em fase de crescimento (Falcone, 2001). Os lares com presença de usuários de álcool podem ser hostis e destituídos de afeto e interações positivas (Shuntich et al., 1998).

O estado de saúde mental materna pode comprometer significativamente a capacidade da mãe de cuidar das crianças na idade pré-escolar (Chagas, 2007; Souza, 2004). Muitas vezes, estas condições dificultam ou impedem que estas recebam os cuidados necessários para uma situação satisfatória de saúde e desenvolvimento.

Como demonstrado, o principal fator de risco para a MAA foi o hábito de sucção não nutritiva. Alguns autores relacionam aspectos da família com a ocorrência desses hábitos. Para Emmerich et al. (2004), a ausência dos pais na integração da família é um fator significativo na ocorrência de hábitos. Soares et al (2003) acredita que famílias que dispõem de um ambiente mais tranquilo tem mais condições físicas e emocionais para “acalmar” a criança, o que favoreceria a um menor uso de chupeta. E segundo Pires et al. (2001), a pobreza, os desajustes familiares e as condições precárias de vida das crianças têm grande influência na permanência prolongada dos hábitos.

A mordida aberta pode ser indiretamente influenciada por questões do ambiente familiar, que aumentariam a vulnerabilidade das crianças a fatores de risco individuais, como menor duração da amamentação e hábitos de sucção não nutritiva prolongados. Os mecanismos pelos quais os fatores do contexto familiar estão relacionados a sua ocorrência não estão ainda completamente esclarecidos. Crianças cujas mães têm sua capacidade de cuidar comprometida podem apresentar menor tempo de amamentação natural e maior risco de desenvolvimento de hábitos bucais deletérios, aumentando a probabilidade de instalação de uma mordida aberta. Além disso, essas mães têm menos cuidado com a alimentação e higiene da criança, o que pode levar a cárie dentária e perda precoce de dentes decíduos, representando um fator de risco adicional para oclusopatia.

Todavia, os achados deste estudo devem ser analisados com cautela. Principalmente, porque a medida da disfunção familiar através do indicador proposto apresenta limitações, já que os componentes relativos à presença de alcoolismo e distúrbios psiquiátricos na família foram obtidos a partir da entrevista com os membros presentes no momento da visita e não com todos os adultos da família, o que pode ter subestimado a ocorrência da disfunção.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao caráter transversal do estudo, cujos limites são conhecidos para o teste de hipóteses causais, já que não é possível se garantir a precedência temporal da exposição sobre a doença, visto

que ambos são investigados em um mesmo momento. Isto pode levar a viés de memória, pois as informações relativas a tempos passados são obtidas de forma indireta e dependem da memória dos entrevistados (Medronho, 2006).

Em que pese às referidas limitações, este estudo corrobora a importância dos hábitos deletérios na determinação da mordida aberta anterior em pré-escolares e aponta para a necessidade de que outras investigações sejam desenvolvidas no sentido da adequada avaliação do papel do ambiente familiar e da capacidade materna de cuidar na ocorrência dessa oclusopatia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- É elevado o número de crianças, que ainda na dentição decídua, possui MAA ou as condições que levam a sua instalação, como os hábitos de sucção não nutritiva.
- A presença de hábitos de sucção não nutritiva está associada à MAA.
- Não houve associação estatisticamente significativa entre a disfunção familiar e a MAA.
- A relação entre fatores sócio-econômicos e mordida aberta é objeto de estudo escasso, necessitando de maiores investigações.
- O processo saúde-doença bucal de crianças tem relação com o cuidado dispensado no domicílio, que é influenciado pelas experiências cotidianas do cuidador familiar, advindas das relações com outros sujeitos dentro desse espaço. Dessa forma, para compreender a ocorrência da MAA em crianças, é necessário extrapolar o risco biológico e contextualizá-lo em uma perspectiva mais ampla e complexa.
- O conhecimento das alterações oclusais na dentição decídua favorece o estabelecimento de ações preventivas ou interceptativas, com vistas a diminuir a prevalência das oclusopatias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA RR et al. Etiologia das más oclusões: causas hereditárias e congênitas, adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 5 (6): 107-129, 2000.
- ARAUJO, TM & SILVA, CHT. Prevalência de maloclusão em escolares da Ilha do Governador, Rio de Janeiro: parte II- mordida aberta. *Revista Brasil Odontol*. 43 (3): 8-16, 1986.
- ARAUJO, IM. Influência de fatores de risco na prevalência de hábitos bucais deletérios em crianças de 0 a 5 anos na cidade do Natal - RN 2007 São Paulo-SP; 2003. [Tese de Doutorado- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
- BALDDRIGHI, SEZM et al. A importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofuncionais e ortodônticas. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, 6(5): 11-121, set/out, 2001.
- BLACK et al. Hábitos bucais nocivos. *Ortodontia*. 23(2): 40-44, mai/ago, 1990.
- BITTENCOURT, LP et al. Influência do aleitamento sobre a frequência dos hábitos de sucção. *RBO*. 58(3): 191-193, maio/jun, 2001.
- BRAGHINI, M et al. relação entre aleitamento materno, hábito de sucção, forma do arco e profundidade do palato. *Ortodontia Gaúcha*. 6(1): 57-64, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. *SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica*. Brasília: Ministério da saúde. 1998.
- CANGUSSU MCT. *Cárie e Fluorose dentária em adolescentes de 12 e 15 anos em Salvador, Bahia, no ano de 2001*. São Paulo-SP; 2003. [Tese de Doutorado- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

- CARVALHAES MABL, BENÍCIO MHD. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Pública*. 36 (2): 188-97, 2002.
- CASTRO CM. *Promoção da saúde bucal em bebês: um estudo do comportamento da mãe na instalação e evolução da cárie rampante*. São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado - Instituto de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo].
- CERVENY, CMO. Família paulista. In: Cervený, C.M.O. & Berthoud, C.M.E. família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp 31-45, 1997.
- CHAGAS, DD. *O papel da saúde mental materna na desnutrição infantil: um estudo de caso controle*. Salvador; 2007. [Dissertação de Mestrado - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia].
- CORRÊA, MSNP. *Odontopediatria na Primeira Infância*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1ª ed. 1998. 680p.
- DEAN, A.G., DEAN, J.A., COLOMBIER, D. *Epi Info: a word processing, database and statistic program for epidemiology on microcomputers*. Atlanta, Georgia, USA. Centre for Disease Control and Prevention (CDC), 1994.
- DEGANO MP & DEGANO RA. B reastfeeding and oral health. A primer for dental practioner. *N Y State Dent J*. 59 (2): 30-32, feb, 1993.
- DOLCI, GS et al. Relação entre hábitos de sucção e maloclusões. *J Bras Ortodon Otop Facial*. 6(35):379-385, set/out, 2001
- EMMERICH et al. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringeanas e mal oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 20 (3): 689-97, 2004:

- FALCONE VM. 2001. *Disfunção familiar e baixa estatura em escolares da rede pública de ensino de São Paulo: estudo de caso-controle*. São Paulo- SP; 2001. [Dissertação de Mestrado- Curso de Pós-graduação em Nutrição da Escola Paulista de Medicina].
- FARSI, NM & SALAMA, FS. Sucking habits in saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. *Pediatr Dent*. 19(1):28-33, jan- feb, 1996.
- FERREIRA, FV. *Ortodontia Diagnóstico e Planejamento Clínico*. São Paulo: Artes Médicas. 4 ed. 503 p, 2001.
- FERREIRA, MIDT & TOLEDO, AO. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. *Rev ABO Nac*. 5(6): 317-320, out/nov, 1997.
- GESSER, HC et al. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores sócio-econômicos. *Rev. Saúde Pública*. 35 (2): 289-293, 2001.
- GONÇALVES, AC. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno. Porto Alegre, 2001. [Dissertação de Mestrado- Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- HOSMER, DW; LEMESHOW, S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons, 1989. 307p.
- KATZ, CRT et al. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 126 (1):53-7, 2004
- KLATCHOIAN, DA. *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo: Editora Santos 2 ed. 2002. 375p.
- LEITE ICG ET AL. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 53(2): 151-155. mar-abr, 1999.

- LIMA, NS et al. Alterações verticais na dentadura mista: diagnóstico e tratamento. *J Bras Ortodon Ortop Facial*, 7 (42): 511-517, nov/dez, 2002.
- LIMA, RB. *Prevalência e determinantes de oclusopatias nas dentições decídua mista e permanente na cidade do Natal/ RN. 2005.* [Dissertação de Mestrado- Universidade Federal do Rio Grande do Norte].
- LÓPEZ, FU et al., Prevalência de maloclusão na dentição decídua. *Rev Fac Porto Alegre*, 43 (2):8-11, dez, 2001.
- MACIEL, CTV & LEITE, ICG. Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. *Pró-fono Revista de Atualização científica*. Barueri (SP). 17 (3): 293-302, set-dez, 2005.
- MALTZ M, Silva BB. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Rev Saúde Pública*; 35 (2): 170-176, 2001.
- MARTINS et al. Prevalência de má oclusão em pré-escolares de Araraquara: relação da dentição decídua com hábitos e nível sócio econômico. *Rev Dent Press Ortodon Ortoped Facial*. 3(6):35-43, nov-dez, 1998.
- MEDRONHO, RA. *Epidemiologia*. São Paulo: editora Atheneu, 2006.
- MOYERS, R. *Ortodontia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 669p.
- OLIVEIRA MLS, BASTOS ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol Reflex Crit*;13 (1): 97-107, 2000.
- Organização Mundial de Saúde- OMS. *Levantamentos básicos em saúde bucal*. 4 ed. São Paulo: Santos, 1999. 67 p.
- PAUNIO, P et al. The Finnish family competence study: the effects of living conditions on sucking habits in 3-year-old Finnish children and the association

- between these habits and dental occlusion. *Acta Odontol Scand.* 51: 23-29, 1993.
- PERES KGA et al. Effect of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Rev Saúde Pública.* 41 (3): 343-350, 2007.
- PERES KGA et al. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública;* 34(4): 402-408, 2000.
- PERES et al. Social and biological early life influences on the prevalence of open bite in Brazilian children 6-year-olds. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 17: 41-49, 2006.
- PETRELLI, E. Ortodontia para Fonoaudiólogos. Curitiba: Lovise, cap 11, p.177-194, 1994.
- PINKHAM BS. *Odontopediatria da infância à adolescência.* São Paulo: Artes Médicas, 1996. 661p.
- PIRES et al. Prevalência de oclusopatias na dentadura mista em escolares – Salvador/Ba. *RBO.* 58(6)/; 414-417, nov/dez, 2001
- PROFFIT WR, FIELDS, HWJ. *Ortodontia Contemporânea.* 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 537p.
- ROBLES, FRP et al. A influência do período de amamentação nos hábitos de sucção persistentes e a ocorrência de maloclusões em crianças com dentição decídua completa. *Rev Paul Odontol.* 21 (3): 4-9, maio-jun. 1999.
- ROCHELLE, IMF. *Amamentação, hábitos deletérios bucais e o equilíbrio funcional da oclusão decídua.* São Paulo- SP, 2005. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Odontologia De Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas].

- SAS Institute Incorporation. The SAS System for Windows, Release 8.1. Cary, NC: SAS Institute Inc, 1999/2000.
- SERRA-NEGRA JMC et al. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Rev Odontol Univ São Paulo*; 11(2): 79-86, abr-jun, 1997.
- SERRA-NEGRA JMC et Al. Hábitos bucais deletérios: os filios imitam as mães na adoção desses hábitos? *Revista Odontociência*. 21 (52): 146-151, abr-jun, 2006.
- SILVA FILHO OG et al. Sucking habits: Clinical management in dentistry. *J Clin Pediatr Dent*. 15 (3): 137-156, 1991.
- SILVA FILHO et al. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Parte II: influência da estratificação sócio-econômica. *Rev Odont Univ São Paulo*. 4(3):189-96,jul-set, 1990.
- SIQUEIRA, R et al. Reflexões sobre as causas do desmame precoce observadas em dinâmicas de grupo de incentivo ao aleitamento materno. *J Pediatr*. 70 (1): 16-20, 1994.
- SOARES, MEM et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria*. 79 (4):309-16, 2003.
- SOUSA et al. Prevalência e fatores de risco da mordida aberta anterior na dentadura decídua completa em pré-escolares na cidade de Natal/RN. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. Maringá, 12 (2). P 129-138, 2007
- SOUZA MAD. *Comprometimento da capacidade materna de cuidar referida pela ocorrência de depressão materna e/ou alcoolismo na família e cárie dentária em crianças de 2 e 3 anos de idade*. Salvador-BA; 2004. [Dissertação de Mestrado - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia].

- SOUZA DFRK, et al. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão e grau de informação prévia das mães. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 11(6): 1-12, nov/dez, 2006.
- SHUNTICH, R.J. et al. Some relationships among affection, aggression and alcohol abuse in the family setting. *Perceptual and Motor Skills*; 86, 1051-1060, 1998.
- TELES, D.S. *O impacto da qualidade de vida da mãe na saúde bucal da criança*. São Paulo. 2003 [Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia para obtenção do grau de Doutor].
- THOMAZ EBAF. Alterações oclusais e estado nutricional em escolares na cidade de Salvador, Ba, Brasil; 2007. 98p. [Tese de Doutorado Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia].
- THOMAZ, EBAF & VALENÇA, AMG. Prevalência de má-oclusão e fatores relacionados a sua ocorrência em pré-escolares da cidade de São Luís - MA-Brasil. *Rev Pós Grad*. 12 (2):212-21, 2005.
- TOMASI, E et al. Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. *Jornal de Pediatria*. 70(3): 167-173, 1994.
- TOMITA NE. *Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais: influência na oclusão de pré-escolares de Bauru-SP-Brasil Bauru*. 1997. 246p. [Tese de Doutorado em Odontologia- Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia].
- TOMITA NE, SHEIHAM A, BIJELLA VT. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para má-oclusões em pré-escolares. *Pesqui Odontol Bras* 2000; 14 (2): 169-175.
- TOMITA NE, BIJELLA VT, FRANCO LJ. Relação entre hábitos bucais e má-oclusão em pré-escolares. *Rev. Saúde Pública*; 34 (3): 299-303, 2000b.

- TOMITA, LM et al. Relação entre tempo de aleitamento materno, introdução de hábitos orais e ocorrência de maloclusões. *Passo Fundo*. 9(2): 101-104, jul/dez, 2004.
- URIAS, D. Mordida aberta anterior. In: PETRELLI, E. Ortodontia para Fonoaudiólogos. Curitiba: Lovise, cap 11, p.177-194, 1994.
- VERRASTRO AN. Avaliação oclusal e miofuncional oral em crianças com dentição decídua completa e mordida aberta anterior antes e após remoção do hábito de sucção de chupeta. São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo].
- WARREN, JJ & BISHARA, SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in primary dentition. *Am J Dentofacial Orthop*. 121 (\$): 347-356, apr. 2002.
- ZARDETO CGDC. Avaliação dos arcos dentais e das estruturas miofuncionais orais, em função do uso e tipo de chupeta, em crianças com dentição decídua completa [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000
- ZUANON, ACC et al. Relação entre hábito bucal e maloclusão na dentadura decídua. *JBP*. 3(12): 104-108, 2000.

TABELA 1. Prevalência de MAA e características sócio demográficas e comportamentais da população de estudo (n=362).

Variáveis	Nº	%
MAA (n=344)		
Ausente	278	80,81
Presente	66	19,19
Sócio-demográficas		
Idade (anos)		
De 2 a 3	173	47,79
Maior de 3	189	52,21
Sexo		
Feminino	168	53,59
Masculino	194	46,41
Etnia (n=352)		
Amarelo	2	0,57
Branco	15	4,26
Indígena	1	0,28
Negro	117	33,24
Pardo	217	61,65
Fatores comportamentais		
Amamentação (n=356)		
Sim	233	65,45
Não	123	34,55
Duração da amamentação (meses) (n=354)		
Maior ou igual a 6	244	68,93
Menor que 6	110	31,07
Hábitos deletérios (n=359)		
Ausente	172	47,91
Presente	187	52,09
Sucção de chupeta (n=359)		
Não	193	53,76
Sim	166	46,24
Duração do hábito de sucção de chupeta		
Menor ou igual a 36 meses	113	31,22
Maior que 36 meses	249	68,78
Sucção digital (n=358)		
Não	326	91,06
Sim	32	8,94
Duração do hábito de sucção digital		
Menor ou igual a 36 meses	24	6,63
Maior que 36	338	93,37

TABELA 2. Características do ambiente familiar da população de estudo (n=362).

Variáveis	Nº (357)	%
Disfunção familiar (n=337)		
Ausente	140	41,54
Presente	197	58,46
Densidade domiciliar		
Menor ou igual a 2	307	84,81
Maior que 2	55	15,19
Tipo de casa (n=358)		
Tijolo / adobe	342	95,53
Taipa revestida	1	0,28
Madeira	2	0,56
Material reaproveitado	5	1,40
Outros	8	2,23
Energia elétrica		
Sim	362	100
Não	-	-
Destino do lixo(n=352)		
Coletado	347	98,58
Queimado / Enterrado	2	0,57
Céu aberto	3	0,85
Tratamento da água no domicílio (n=354)		
Filtração	231	65,25
Fervura	6	1,69
Cloração	9	2,54
Sem tratamento	108	30,52
Abastecimento de água (n=355)		
Rede pública	346	97,46
Poço ou nascente	9	2,54
Destino de fezes e urina (n=352)		
Sistema de esgoto (rede geral)	336	95,45
Fossa	6	1,70
Céu aberto	10	2,84
Meios de comunicação que mais utiliza (n=323)		
Rádio	48	14,86
Televisão	273	84,52
Outros	2	0,62
Meios de transporte que mais utiliza (n=329)		
Ônibus	294	89,36
Caminhão	1	0,30
Carro	27	8,21
Outros	7	2,13
Pessoas não alfabetizadas na família		
Não	254	70,17
Sim	108	29,83

TABELA 3. Prevalência de mordida aberta anterior, segundo as variáveis de interesse (n=362).

Variáveis	Mordida aberta anterior				Valor de p - χ^2
	Presente		Ausente		
	N	%	N	%	
Idade					
Maior de 3 anos	33	18,33	147	81,67	0,67
De 2 a 3 anos	33	20,12	131	79,88	
Sexo					
Feminino	33	20,75	126	79,25	0,49
Masculino	33	17,84	278	82,16	
Etnia					
Negro/pardo	60	18,99	256	81,01	0,40
Outros	2	11,11	16	88,89	
Amamentação					
Não	29	24,37	90	75,63	0,06
Sim	35	15,91	185	84,09	
Duração da amamentação*					
Menor que 6	28	26,67	77	73,33	0,01
Maior ou igual a 6	34	14,72	197	85,28	
Hábitos deletérios					
Presente	57	32,39	119	67,61	<0.0001
Ausente	8	4,85	157	95,15	
Duração do hábito de* sucção de chupeta					
Maior que 36	41	17,30	196	82,70	0,19
Menor ou igual a 36	25	23,36	82	76,64	
Duração do hábito de* sucção digital					
Maior que 36	60	18,69	261	81,31	0,38
Menor ou igual a 36	6	26,09	17	73,91	
Disfunção familiar					
Presente	38	20,54	147	79,46	0,63
Ausente	25	18,38	111	81,62	
Densidade domiciliar					
Maior que 2	14	25,93	40	74,07	0,17
Menor ou igual a 2	52	17,93	238	82,07	
Tratamento da água no domicílio					
Sem tratamento	18	17,31	86	82,69	0,53
Com tratamento	47	20,26	185	79,74	
Pessoas não alfabetizadas na família					
Sim	20	20,00	80	80,00	0,81
Não	46	18,85	198	81,15	

* Em meses

TABELA 4. Razões de prevalência e intervalos de confiança da associação bruta entre as variáveis independentes estudadas a MAA, obtidos através de análise bivariada (n=362).

Variáveis	RP	IC 95%
Idade		
De 2 a 3 anos	1,0	
Maior de 3 anos	0,91	0,59-1,41
Sexo		
Masculino	1,0	
Feminino	1,16	0,75-1,79
Etnia		
Outros	1,0	
Negro/pardo	1,71	0,45-6,44
Amamentação		
Sim	1,0	
Não	1,53	0,99-2,38
Duração da amamentação		
Maior ou igual a 6 meses	1,0	
Menor que 6 meses	1,81	1,16-2,82
Hábitos deletérios		
Ausente	1,0	
Prsente	6,68	3,29-13,57
Duração do hábito de sucção de chupeta (meses)		
Menor ou igual a 36	1,0	
Maior que 36	0,74	0,48-1,15
Duração do hábito de sucção digital (meses)		
Menor ou igual a 36	1,0	
Maior que 36	0,72	0,35-1,48
Disfunção familiar		
Ausente	1,0	
Presente	1,12	0,71-1,76
Densidade domiciliar		
Menor ou igual a 2	1,0	
Maior que 2	1,45	0,86-2,42
Tratamento da água no domicílio		
Com tratamento	1,0	
Sem tratamento	0,85	0,52-1,40
Pessoas não alfabetizadas na família		
Não	1,0	
Sim	1,06	0,66-1,70

TABELA 5- Modelo final de análise de Regressão Logística para a ocorrência de MAA em crianças de Salvador-BA, 2005 (n=362).

Variáveis	Odds Ratio	IC 95% ¹
Disfunção familiar		
Ausente	1,0	
Presente	1,11	0,61 –2,01
Hábitos deletérios		
Ausente	1,0	
Presente	8,68	3,97 –18,97

(1) Intervalo de Confiança a 95%



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Disfunção familiar e má oclusão em crianças de 2 a 5 anos de idade.

Cristiane Ribeiro da Silva Castro

Projeto de Dissertação apresentada ao Colegiado do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como parte do requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Maria Isabel Pereira Vianna

Salvador, 2007

SUMÁRIO

1. Delimitação do problema	43
2. Revisão de literatura	45
2.1 Classificação das oclusopatias.....	45
2.2. Fatores associados à má oclusão	47
2.2.1. Aleitamento.....	48
2.2.2. Hábitos bucais deletérios.....	51
2.2.3. Etnia	55
2.2.4. Condições de vida	56
2.2.5. Estado nutricional	57
2.3. Família e saúde.....	58
3. Quadro teórico.....	60
4. Objetivos.....	65
5. Modelo preditivo proposto	66
6. Metodologia	66
6.1 Desenho do Estudo	66
6.2 População de Estudo	66
6.3 Fonte de dados	67
6.4 Coleta de Dados	68
6.5. Definição das variáveis	69
6.6. Plano de análise	70
7. Aspectos éticos	71
8. Referências bibliográficas	71
9. Anexos	81

1. Delimitação do problema

O estudo das condições de saúde bucal de populações humanas, historicamente, tem privilegiado aspectos biológicos na determinação das doenças, principalmente em relação à ocorrência da cárie dentária e da doença periodontal (Lacerda, 2005). Entretanto, nas últimas décadas, busca-se relacionar os modos de vida de determinados grupos, envolvendo aspectos como o nível de renda, a escolaridade e os padrões de consumo com a situação de saúde bucal (Tomita et al., 2000b, Gesser et al., 2001, Maltz & Silva, 2001, Cangussu, 2003). Alguns estudos têm apontado, também, a importância de fatores associados com o estilo de vida e padrões de comportamento familiar e individual para a ocorrência das enfermidades bucais (Castro et al. 2001, Peres et al., 2000).

Todavia, apesar de todo o conhecimento acumulado através da epidemiologia em saúde bucal, poucos são os estudos que avançam no sentido de compreender a dinâmica familiar e as condições de saúde bucal (Peres et al., 2000, Vasconcellos, 1999; Souza, 2004). Especialmente nos grandes centros urbanos, ignora-se como se organizam, quais as estruturas de apoio e como vivem estas famílias, e o que isto influencia direta ou indiretamente na condição de saúde de seus membros, em particular dos mais vulneráveis, aspecto essencial para a compreensão da distribuição das doenças bucais na população (Vasconcelos, 1999).

Quanto ao perfil epidemiológico da população brasileira, pesquisas recentes têm apresentado uma melhoria dos indicadores de saúde bucal, principalmente no que diz respeito à cárie dentária, o que despertou o interesse na Saúde Pública para outras morbidades. Dessa forma, as oclusopatias são mais observadas na população, constituindo-se como um problema de Saúde Pública e ocupando a terceira posição na escala de prioridades dos problemas de saúde bucal. Some-se a isso a dificuldade de acesso à assistência, a qual constitui-se ainda em um tratamento especializado para populações privilegiadas (Tomita et al., 2000).

Os problemas de oclusão dentária denominados de oclusopatias consistem de anomalias do crescimento e desenvolvimento, afetando, principalmente, os

músculos e os ossos maxilares no período da infância e da adolescência, que podem produzir alterações tanto do ponto de vista estético nos dentes e/ou face, quanto do ponto de vista funcional na oclusão, mastigação e fonação com conseqüências físicas, psíquicas e sociais. Esses problemas são resultantes da interação de variáveis relacionadas à hereditariedade e ao meio ambiente, incluindo os estímulos positivos e nocivos presentes principalmente durante a formação e desenvolvimento do complexo orofacial na infância e adolescência (VAN DER LINDEN, 1986).

Alguns estudos nacionais encontraram uma alta prevalência desta enfermidade entre pré-escolares. Nas crianças de 05 anos avaliadas por Frazão et al. (2002) observou-se uma prevalência de 48,97% de má oclusão, havendo diferenças estatísticas quanto a este percentual de acordo com os grupos étnicos. Tomita et al. (2000) verificaram uma prevalência de 51,3% de má-oclusão entre os pré-escolares do sexo masculino e 56,9% entre os do sexo feminino em Bauru-SP. Em 2005, Lima investigou 326 crianças aos 5 anos em Natal e encontrou uma ocorrência de 75,5% de má oclusão. No mesmo ano, Rochelle verificou que das crianças de 5 anos investigadas em São Paulo, 95,7% apresentaram má oclusão, sendo que 58,6% possuíam a categoria leve.

No Brasil, no último levantamento nacional realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, encontrou-se uma prevalência de 36,46% de má oclusão aos 5 anos e de 40,1% na região Nordeste (Brasil, 2004). Em Salvador-BA, o inquérito epidemiológico concluído em 2005, com a mesma metodologia do levantamento nacional, demonstrou que 24,9% das crianças de 05 anos possuíam má oclusão leve, enquanto que 12,7% delas apresentaram má-oclusão moderada/severa (SMS, 2006).

Desta forma, os fatores que interferem na etiologia da má oclusão devem ser mais bem investigados, de forma que as medidas preventivas sejam apropriadas, em especial em idade pré-escolar. Assim, a proposta deste trabalho é avaliar a associação entre o contexto familiar, especificamente a disfunção familiar, definida pela presença de alcoolismo e/ou depressão maternos, e má-oclusão em crianças de 2 a 5 anos em Salvador-BA.

2. Revisão de literatura

2.1. Classificação das oclusopatias

Modernamente o conceito de oclusão evoluiu de uma concepção puramente estática de contato entre os dentes a uma conceituação dinâmica, incluindo dentes e estruturas vizinhas com especial ênfase à dinâmica do aparelho mastigador (Ferreira, 1999). A oclusão dentária expressa a relação que os dentes superiores e inferiores guardam entre si, com os ossos da face e com as demais estruturas do sistema estomatognático, tanto em repouso quanto em função.

Uma oclusão será considerada normal quando apresentar uma distribuição dentária em harmonia com o sistema ósseo e muscular, sem alterações na estética ou função (Svedstrom-Oriosto et al., 2001). E será considerada como uma má oclusão quando houver problema no posicionamento dentário que ocasione alterações funcionais ou estéticas para o sistema estomatognático (Moyers, 1991). Desta forma, as más oclusões constituem-se em conjunto de anomalias de desenvolvimento, que têm origem no desequilíbrio entre os sistemas que formam o complexo craniofacial, podendo afetar dentes, ossos, músculos e nervos (Ferreira, 2002; Moyers, 1991).

A diferença entre uma oclusão normal e a presença de problemas oclusais é de difícil identificação. Os índices são ferramentas úteis no diagnóstico de problemas oclusais, no entanto, estes problemas têm natureza multifatorial e apresentam características faciais e oclusais que, às vezes, tornam seu diagnóstico e indicação de tratamento subjetivos (Lima, 2005). Apesar da variedade de índices, é importante a distinção entre aqueles que classificam as oclusopatias do ponto de vista clínico dos que registram esse problema com objetivos epidemiológicos. Alguns índices têm como objetivo medir a necessidade de tratamento (Cavalcanti, 2007; Pires et al., 2001; Peres & Tomita, 2006).

Um dos mais antigos e difundidos sistemas de classificação de más oclusões é Sistema de ANGLE, baseado nas relações ântero-posteriores dos maxilares que define três classes (Rochelle, 2005; Ferreira, 2001; Pires et al., 2001; Peres & Tomita, 2006; Moyers, 1991). Todavia, este sistema não leva em consideração a

grande variação nas características que podem estar presentes em diferentes oclusopatias e que têm a mesma relação méso-distal de molar (Lima, 2005).

No estudo das oclusopatias na Saúde Pública, diversos são os métodos propostos (Peres & Tomita, 2006; Pires et al., 2001). Dentre estes, o Índice Dentofacial (DFI), proposto em 1951, que foi um índice pioneiro para comparações estatísticas e contribuiu para o surgimento de outros (Peres & Tomita, 2006).

O *Handicapping Labio-Lingual Deviations* (HLD) é um índice cuja finalidade foi a de separar crianças com problemas oclusais significativos para a Saúde Pública em grandes grupos. Porém, por basear-se em desvios traumáticos severos, além de outras oclusopatias, sua aplicação na Saúde Pública é restrita, pois apenas as condições muito severas são detectadas (Peres & Tomita, 2006; Lima, 2005).

Com relação aos índices que visam avaliar a necessidade de tratamento, o inicialmente proposto foi o Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN), o qual apresenta dois componentes. O componente clínico, chamado Componente de Saúde Dental, é uma modificação do índice usado pelo *Swedish Dental Board* e seus escores variam de um (“sem necessidade de tratamento”) a cinco (“necessidade muito grande”). O componente estético consiste em uma escala visual variando de um (mais harmônico) a 10 (menos harmônico), e representa a amplitude da média de harmonia dental (Cavalcanti, 2007; Peres & Tomita, 2006).

A quarta edição dos métodos básicos para estudos epidemiológicos em Saúde Bucal, publicada em 1999 pela OMS, recomendou o Índice de Estética Dental (DAI) proposto em 1986 para a mensuração de problemas oclusais na população (OMS, 1999). Este índice avalia dez características oclusais, atribuindo escores para cada uma dessas características, que são multiplicados por pesos distintos e produz um escore único. O DAI combina aspectos clínicos e estéticos da oclusão e é indicado para a dentição permanente completa (Cavalcanti, 2007; Peres & Tomita, 2006; Lima, 2005).

Recentemente, têm surgido índices com o objetivo de medir a complexidade do tratamento ortodôntico de acordo com a má oclusão apresentada e outros que medem o resultado de um tratamento. Dentre esses, destacam-se o Registro da Avaliação dos Pares (PAR), o Índice de Complexidade, Resultado e Necessidade (ICON) e o Índice de Discrepância (DI) (Cavalcanti, 2007).

Considerando-se a dentição decídua, a OMS desenvolveu um indicador para avaliar má oclusão nesta fase, em que dois níveis de anormalidade podem ser especificados. Utiliza-se o código 0 para ausência de alterações oclusais; código 1 para anomalias discretas/ leve, como um ou mais dentes com giroversão ou ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular, e; código 2 para anomalias mais sérias, quando há um efeito inaceitável sobre a aparência facial, ou uma significativa redução da função mastigatória, ou problemas fonéticos observados pela presença de uma ou mais das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores: transpasse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais (overjet positivo); transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente (overjet negativo); mordida aberta; desvio de linha média estimado em 4 mm ou mais e apinhamento ou espaçamento estimado em 4 mm ou mais (Brasil, 2001).

2.2. Fatores associados à má oclusão

As má oclusões têm origem no desequilíbrio entre os sistemas em desenvolvimento que formam o complexo crânio facial e múltiplos fatores são associados à ocorrência de más oclusões, os quais podem ser agrupados em hereditários e congênitos e causas adquiridas. O primeiro grupo é representado pela herança genética, como tamanho, número e forma dos dentes; além de algumas alterações congênitas com repercussão na oclusão dentária, como fissuras de lábio e /ou palato, disostose cleidocraniana e displasia ectodérmica. As causas adquiridas podem ser subdivididas em gerais, locais e proximais (Almeida et al., 2000).

Dentre os fatores gerais, destacam-se os traumatismos e acidentes, as endocrinopatias e enfermidades sistêmicas capazes de expressar alterações na

cavidade bucal, bem como falhas nutricionais. Os fatores locais são os mais diretamente relacionados à cavidade bucal, representados pelas perdas prematuras dos dentes decíduos, perda dos dentes permanentes, retenção prolongada e reabsorção anormal dos dentes decíduos, anomalias dentárias de número, anquiloses, cistos, erupção ectópica dos dentes permanentes e inserções musculares inadequadamente posicionadas (Almeida et al., 2000). Entre os fatores proximais, destacam-se os hábitos bucais parafuncionais, tais como sucção de lábio, bochecha, dedo e de chupeta (Tomita et al., 2000b), onicofagia, respiração bucal, interposição lingual entre os maxilares, deglutição atípica, problemas posturais crônicos (Almeida et al., 2000).

Assim, as más oclusões apresentam origem multifatorial e não uma única causa específica (Almeida et al., 2000; Moyers, 1991), resultando da interação de variáveis relacionadas à hereditariedade e ao meio ambiente, incluindo os estímulos positivos e negativos presentes principalmente durante a formação e desenvolvimento do complexo orofacial na infância.

2.2.1. Aleitamento

A importância do aleitamento materno para a promoção do pleno crescimento e desenvolvimento da criança é um consenso entre os profissionais de saúde (Baldrighi et al., 2001). Nos primeiros seis meses de vida, o leite materno é o alimento ideal, devendo ser irrestrito e em livre demanda (Bittencourt et al., 2001; Leite et al., 1999). Muitos benefícios do leite materno, como a proteção contra infecções, são mais evidentes se a amamentação for exclusiva neste período, pois o efeito protetor do leite materno contra diarreias e doenças respiratórias pode diminuir substancialmente quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer outro alimento (Giugliani, 2002).

A amamentação não só está relacionada com os aspectos nutricionais, como também é fundamental para o bem-estar físico e emocional que se estabelece através do contato próximo entre a mãe e o filho (Pamplona, 2002; Pierotti, 2001; Ferreira & Toledo, 1997). O aleitamento natural traz também benefícios para a mãe, proporcionando uma menor ocorrência de câncer de mama, maior espaçamento entre os partos, rápida involução uterina, com conseqüente

diminuição de sangramento pós-parto (Giugliane & Victora, 2000). Desta forma, observa-se que esta prática exerce importante papel, abrangendo o desenvolvimento infantil e a saúde da mulher (Serra-Negra, et al., 1997).

Em relação à saúde bucal, diversos pesquisadores vêm se preocupando com o estudo da associação entre a forma de aleitamento e o desenvolvimento de má oclusão em crianças (Serra-Negra et al., 1997). A amamentação tem sido associada ao adequado crescimento e desenvolvimento do complexo maxilo-mandibular, visto que proporciona as condições ideais para o exercício do sistema estomatognático, colaborando para o equilíbrio dos músculos e de todos tecidos peribucais (Degano & Degano, 1993; Thomaz, 2007). Porém alguns autores relatam a dificuldade de avaliar os efeitos da amamentação sobre o desenvolvimento dos arcos dentários, devido ao fato de que esses efeitos estão associados aos causados pelos hábitos de sucção não nutritivos (Peres et al., 2007; Warren & Bishara, 2002). Recentemente muitos investigadores têm sugerido que a relação entre amamentação e a oclusão não ocorre de forma direta, mas mediada pela ação desses hábitos.

Aleitamento materno como mecanismo de promoção de melhor desenvolvimento orofacial

O crescimento e desenvolvimento das estruturas faciais ocorrem durante os primeiros quatro anos da vida da criança. Os efeitos positivos da amamentação no desenvolvimento normal da oclusão podem ser explicados pelo efeito da sucção no desenvolvimento esquelético e muscular da face da criança. (Peres et al., 2007; Degano & Degano, 1993).

Na pega correta, o bebê realiza uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da auréola, e formando um lacre perfeito entre as estruturas orais e mama. A finalidade desse lacre consiste na formação do vácuo intraoral, formado por movimentos da mandíbula associados a movimentos dos lábios e bochechas. A mandíbula se apóia nos seios lactíferos, e o bebê abocanha o mamilo e 2/3 da aréola. Dessa forma, a mama é deslocada para o interior da boca, sendo que o mamilo toca a região de transição entre o

palato duro e o mole, facilitando a extração do leite e deglutição (Sanches, 2004; Degano & Degano, 1993).

Quando a criança é amamentada, exercita uma cadeia de músculos decisiva para o desenvolvimento das estruturas bucais. A língua e os lábios assumem posição adequada ao trabalho dos músculos. A mandíbula realiza um ciclo de movimentos de anteriorização e posteriorização, que trazem estímulos importantes para o seu crescimento e o da face do bebê (Peres et al., 2007; Sanches, 2004; Baldrighi et al., 2001; Pierotti, 2001).

Durante a amamentação, o bebê utiliza mais energia e trabalha o músculo digástrico mais eficientemente para apreender o mamilo e a maior parte da aréola no interior da boca. Crianças não amamentadas empurram sua língua contra o bico da mamadeira para controlar o fluxo de leite (Degano & Degano, 1993). Esta projeção da língua para frente pressiona a gengiva, onde mais tarde vão erupcionar os dentes (Baldrighi et al., 2001).

Na mamadeira não há variação de ritmo dos movimentos orais e o bebê não precisa realizar uma pega adequada, com ajuste preciso da musculatura oral, como no peito, muito menos movimento de ordenha, pois o leite escorre facilmente, mediante a compressão da língua contra o bico da mamadeira (Pamplona, 2002). Esta ação tem um menor gasto de energia e menor atividade muscular (Degano & Degano, 1993).

Papel da amamentação sobre a futura instalação de hábitos deletérios

As teorias que tentam explicar essa tendência sugerem que os bebês aleitados de forma natural executam um intenso trabalho muscular ao sugar o seio materno, ficando a musculatura peribucal fatigada, o que faz com que a criança durma e não necessite de sucção não nutritiva. Além disso, o preenchimento das necessidades psicoafetivas pelo contato próximo, através do aleitamento, sobrepõe a busca por objetos comumente utilizados para a satisfação oral: chupeta e dedo (Serra-Negra et al., 1997; Petrelli, 1994).

Por várias razões, tais como a necessidade de trabalhar fora, competir no mercado de trabalho, dificilmente a mãe hoje em dia reúne condições para manter a amamentação pelo tempo recomendado. Lança mão de recursos artificiais como a mamadeira, que deixa passar um fluxo bem maior de leite, fazendo com que a criança atinja em apenas alguns minutos a sensação de plenitude alimentar que, via amamentação, levaria cerca de meia hora (Leite et al., 1999; Pinkham, 1996; Petrelli, 1994). A criança, na ânsia de se satisfazer, começa a sucção da mão toda e só irá dormir quando se sentir satisfeita nos aspectos emocionais. Com pouco tempo, a criança descobre o polegar antagônico aos outros dedos, e pela facilidade passa a fazer sucções especialmente neste dedo. Pela oferta continuada e exagero na sucção poderá se instalar o hábito. No entanto, é muito comum o oferecimento da chupeta como recurso que irá suprir o déficit de sucção. Não havendo critério, a oferta passa a ser excessiva e sobrevém também o hábito de sucção (Petrelli, 1994).

A respiração, a deglutição, a mastigação são funções desenvolvidas durante a amamentação e qualquer desequilíbrio nesse sistema, ocasionado pelo tipo e período de aleitamento indesejáveis, pode gerar necessidade insatisfeita de sucção, proporcionando a aquisição de hábitos deletérios e de má oclusão (Bittencourt et al., 2001).

Desta forma, a ausência ou o pouco tempo de amamentação representa uma maior chance de adquirir hábitos de sucção não nutritivos e, está envolvida na etiologia de problemas oclusais, tais como mordida aberta anterior e/ou mordida cruzada posterior (Thomaz, 2007; Souza, Valle & Pacheco, 2006; Tomita et al., 2004; Soares, 2003; Baldrighi et al., 2001; Bittencourt et al., 2001; Braghini et al., 2001; Zardetto, 2000; Leite et al., 1999; Robles et al., 1999; Ferreira & Toledo, 1997; Serra-Negra et al., 1997; Petrelli, 1994; Degano & Degano, 1993).

2.2.2. Hábitos bucais deletérios

O hábito é um comportamento que se repete, de maneira fixa sob certas circunstâncias, ou seja, um comportamento ou conjunto de atitudes assumidas por um indivíduo que, após aprendê-los, torna-se capaz de repeti-los sem esforço consciente (Klatchoian, 2002).

Os hábitos bucais têm natureza complexa e expressam padrões de contração muscular, aprendidos ao longo da vida. Alguns hábitos são considerados benéficos e necessários para o estímulo do crescimento e o desenvolvimento craniofacial. Hábitos deletérios são os que não contribuem para este crescimento, podendo conduzir a desequilíbrios ou deformações e sobrecarga no sistema estomatognático, classificam-se em parafuncionais, posturais e posturais do sono (Cavassani et al., 2003; Klatchoian, 2002; Alves et al., 1995; Moyers, 1991). Os hábitos parafuncionais são observados em 80 a 90% da população e consistem em: onicofagia, morder objetos, bruxismo, deglutição alterada, respiração bucal, sucção digital, entre outros (Klatchoian, 2002; Almeida et al., 2000; Queluz & Gimenez, 2000; Corrêa, 1998).

A sucção como hábito deletério tem sido atribuída e relacionada à atividade de sucção realizada de maneira inadequada, ou seja, na frustração do instinto de sucção pela retirada imediata do bebê do seio após a amamentação ou pelo uso de mamadeira, principalmente as com bicos longos e orifícios aumentados, uma vez que, nessas situações, a criança não permanece sugando após a sua satisfação alimentar (Black et al., 1990; Queluz & Aidar, 1999).

A sucção é um reflexo primitivo, inato, fundamental para o recém-nascido e responsável pelo primeiro vínculo emocional com a mãe. O grau de saciação da criança é considerado um fator primário na determinação do hábito. Quando o instinto de sucção não é satisfeito no mesmo momento da nutrição, a criança pode se frustrar ou canalizar sua energia para outro estímulo em que encontre satisfação, como na sucção não nutritiva da chupeta ou dedo (Corrêa, 1998; Ferreira, 2002; Klatchoian, 2002).

A sucção é considerada normal para os bebês, pois, principalmente durante o primeiro ano de vida, a boca é considerada uma região de importância fundamental do corpo e a sucção, uma resposta natural própria da espécie. Porém há discussões a respeito de quando este hábito deve ser considerado deletério ao crescimento craniofacial, a maioria dos autores considera que a sua

presença a partir dos 3 anos já não é considerada normal (Klatchoian, 2002; Almeida et al., 2000; Tomita et al., 2000b; Corrêa, 1998; Pinkham, 1996)

O desequilíbrio muscular causado por estes hábitos durante o período de crescimento facial e erupção das dentições tem demonstrado causar mau desenvolvimento facial, má oclusão e problemas na fala. O dedo ou chupeta, durante a sucção, interpõe-se entre os incisivos superiores e inferiores, restringindo a irrupção destes dentes, enquanto os posteriores continuam a desenvolver-se no sentido vertical, o que leva a uma mordida aberta anterior. O contato do objeto sugado com o palato desaloja a língua que se mantém numa posição mais inferior, afastando-se dos dentes póstero-superiores. Isto, somado à força de sucção desempenhada pelo músculo bucinador, leva a uma atresia do arco superior, ocasionando uma mordida cruzada posterior (Almeida et al., 2000).

Apesar de ser menos freqüente que a sucção da chupeta, a sucção digital persiste por mais tempo, e a sua remoção é mais difícil, uma vez que neste caso o objeto succionado faz parte do próprio corpo da criança (Verrastro, 2005). A maioria dos hábitos de sucção digital começa precocemente, e quase sempre tais hábitos são superados até os 3 anos de vida. A pressão que a sucção digital exerce pode ser uma causa direta de má oclusão grave. O tipo de má oclusão que pode desenvolver-se em sugador digital vai depender de diversas variáveis: a posição do dedo, as contrações musculares orofaciais associadas a posição da mandíbula durante a sucção, a morfologia esquelética facial, a duração da sucção (Moyers, 1991).

A grande conseqüência desse hábito, principalmente quando ocorre na fase de desenvolvimento, é causar uma mudança da postura normal da mandíbula e na inclinação dos dentes anteriores, levando à formação de mordida aberta anterior, relacionando conseqüentemente o hábito com a respiração bucal e a presença de má oclusão (Klatchoian, 2002).

A sucção digital resulta em um estreitamento dos arcos superior e inferior nas regiões de canino, molar decíduo ou pré-molares e em menor grau na região de molar superior. Este hábito não somente produz deformação por pressão sobre os

arcos, como também prejudica a estabilidade do osso alveolar, impedindo o contato funcional dos planos inclinados dos dentes (Ferreira, 1999).

O tipo e a gravidade de uma má oclusão causada por sucção digital dependem de fatores relacionados com o hábito, como intensidade, freqüência, e duração do mesmo (Tríade de GRABER); resistência dentoalveolar e o padrão dentofacial da criança (Correa, 1998; Graber et al., 1996; Moyers, 1991; Pinkham, 1996; Van Der Linden, 1986).

A intensidade é a quantidade de força aplicada aos dentes durante a sucção, quanto maior a intensidade aumenta as cargas e a possibilidade de dano. A duração se define como a quantidade de tempo que se dedica à sucção. A freqüência é o numero de vezes que pratica o hábito durante o dia. A duração apresenta a função mais crítica no movimento dental produzida por um hábito bucal (Klatchoian, 2002; Pinkham, 1996).

Todos os hábitos de sucção digital devem ser estudados por suas implicações psicológicas, pois podem estar relacionados a fome, satisfação do instinto de sucção, insegurança ou mesmo a um desejo de atrair atenção (Moyers, 1991).

Atualmente na civilização moderna e principalmente na agitada vida da família urbana, a sucção de chupeta é um hábito infantil muito presente e aceito. Psicologicamente, a chupeta significa a lembrança da mãe. Desta forma, o objeto sugado pode ser considerado um objeto transicional, algo que representa para a criança o elo entre ela e sua mãe, especialmente importante nos momentos em que ela não se encontra presente. Este objeto cumpre a função de retribuir a tranqüilidade que a ausência da mãe tirou (Winnicott, 1997).

Normalmente é associada a um consolo ou a uma forma de distração do bebê. Se o hábito se instalar e a chupeta ficar durante muito tempo na boca, haverá conseqüências no desenvolvimento das arcadas dentárias, pois provocará desvios na direção dos ossos maxilares e inclinação dos dentes (Klatchoian, 2002; Corrêa, 1998; Pinkham, 1996). Observam-se de maneira constante mordida aberta anterior e constrictão maxilar em crianças que chupam chupeta. O

movimento vestibulo-lingual pode não ser tão acentuado como no hábito digital, mas se apresenta com frequência (Pinkham, 1996).

Várias correntes etiológicas tentam explicar a persistência do hábito bucal, relacionadas à satisfação e bem-estar da criança e com a insatisfação da necessidade de sucção na primeira infância. Estas teorias se misturam, refletindo o aspecto multifatorial do tema. Diversos indivíduos podem ser levados à prática de um mesmo tipo de hábito por razões diferentes, dentre as quais podem figurar desde a simples imitação até a busca de alívio para tensões psíquicas e emocionais. É possível que a sucção digital possa iniciar-se por uma razão e ser sustentada nas idades subseqüentes por outros fatores (Klatchoian, 2002; Moyers, 1991; Black et al., 1990).

A Teoria psicanalítica afirma que a persistência do hábito está relacionada à fase oral do desenvolvimento, e que pode se tornar uma fixação ou levar à regressão infantil. Para os defensores dessa teoria, o comportamento inicial de sucção é considerado normal e instintivo. A criança obtém satisfação com o hábito de sucção e este se perpetua após a infância no caso de haver problemas emocionais tais como: medo, insegurança, frustração, rejeição. Inabilidades de se relacionar com colegas, conflitos em casa podem contribuir para a permanência do hábito. Desta forma, a sucção não nutritiva pode ser a manifestação de conflitos internos e emocionais profundos e, de acordo com esta teoria, a abrupta interferência em um mecanismo tão básico provavelmente conduzirá à substituição por tendências anti-sociais (Klatchoian, 2002; Moyers, 1991; Black et al., 1990).

2.2.3. Etnia

Embora alguns autores considerem que a miscigenação racial e a etnia contribuam com o desencadeamento da má oclusão (Kato et al., 1998; Almeida et al., 2000), outros não encontraram associação estatisticamente significativa entre os indicadores de má oclusão e os distintos grupos étnicos (Tomita, 1997). Frazão et al. (2002) estudando a prevalência de oclusopatias nas dentições em escolares de São Paulo encontrou resultados ambíguos, na análise de ambas as dentições, a etnia não apresentou associação com oclusopatia, porém na análise

por tipo de dentição, observou-se para a categoria pardo uma associação positiva (OR=1,81, $p<0,05$) com problemas oclusais severos na dentição decídua.

A influência da etnia na ocorrência da má oclusão dentária ainda não está esclarecida, no entanto o aspecto genético tem influência na morfologia da face, assim como na relação entre os arcos superior e inferior (Thomaz, 2007).

2.2.4. Condições de vida

Poucas investigações abordam a influência das condições de vida e alterações oclusais e a maioria apresenta resultados contraditórios (Tomita et al., 2000b; Martins et al., 1998; Farsi et al., 1997; Tomita, 1997; Paunio et al., 1993; Silva Filho et al., 1990). No Brasil, nenhum estudo encontrou associação entre nível socioeconômico e má oclusão (Peres, 2002; Frazão, 1999; Tomita, 1996). Porém os fatores sociais e econômicos escolaridade e o trabalho materno, a ocupação da pessoa de maior renda do domicílio apresentaram-se como fatores de risco para má oclusão (Soares et al., 2003; Tomita, 1997; Tomita et al., 2000b).

As evidências indicam que a ocupação materna se associa indiretamente com as más oclusões intermediada pela sucção da chupeta pela criança; como uma forma de compensação emocional à ausência materna (Soares et al., 2003; Tomita, 1997; Tomita et al., 2000b). O uso de chupeta também se associou com a escolaridade materna. É possível que as mães com melhor escolaridade estejam mais bem informadas e conscientizadas sobre os riscos do uso da chupeta, e que essas famílias disponham de uma estrutura que favoreça um ambiente mais tranquilo, e tenham mais condições físicas e emocionais para utilizar outros métodos para “acalmar” a criança (Soares et al., 2003).

Avaliando o tipo de cuidado diário, alguns autores encontraram uma maior frequência de uso de chupeta entre crianças cuidadas pelos avós e uma menor frequência entre aquelas que tinham o cuidado diário com a mãe ou pai em tempo integral. Neste mesmo estudo, encontrou-se a associação entre insatisfação materna com o tipo de cuidado e o uso de chupeta (Paunio et al., 1993).

2.2.5. Estado nutricional

A associação entre estado nutricional e a condição bucal ainda não está bem esclarecida, apresentando, muitas vezes, versões controversas e conhecimento limitado. Existe certa concordância que o estado nutricional possa exercer certa influência sobre a condição bucal imediata e futura da criança, porém, há poucos dados disponibilizados na literatura para confirmar esta afirmação e para estabelecer qual seria a natureza de qualquer relação possível (Batista et al., 2007; Thomaz, 2007; Abreu Gama et al., 2000). Reconhece-se que o mesmo pode estar associado a deficiências no crescimento esquelético, que predisporiam a um mau posicionamento dentário e interfeririam no desenvolvimento da musculatura da região durante os primeiros anos de vida (Tomita & Peres, 2006).

O estado nutricional na infância e em idades muito precoces afeta diretamente a idade dentária, que se mostra atrasada em crianças com desnutrição. Afeta também o desenvolvimento e crescimento crânio-facial, influenciando a largura maxilar e mandibular além da altura facial inferior e pode levar a problemas de má oclusão posteriormente, como mordida aberta, cruzada, apinhamento (Batista et al., 2007; Thomaz, 2007; Abreu Gama, et al., 2000).

O estado nutricional pode afetar os dentes durante seu período de formação e após sua erupção. Alguns estados carenciais, ou mesmo a ingestão de alguns componentes alimentares específicos podem influenciar os processos de odontogênese, ocasionando alterações no desenvolvimento dos tecidos e retardo na erupção, o que poderia conduzir a deficiências no estímulo mastigatório, interferindo no padrão de crescimento e desenvolvimento da face, e constituindo-se em um potencial fator de risco para a má oclusão (Batista et al., 2007; Tomaz, 2007).

A má oclusão pode ainda relacionar-se ao estado nutricional indiretamente, através da ocorrência de cárie, da perda dentária e dos eventos delas decorrentes. Além de comprometer a forma do arco, poderia interferir no processo de crescimento e desenvolvimento maxilo-mandibular por deficiência no estímulo mastigatório (Thomaz, 2007).

2.3. Família e saúde

A família é uma instituição social dinâmica, histórica, universal, cuja estrutura e função estão determinadas pelo grau de desenvolvimento da sociedade da qual faz parte. As famílias apresentam modificações no curso de sua vida, desde a constituição do casal, o nascimento dos filhos, até a fragmentação, pela saída dos filhos, morte, separação do casal, constituindo outras formas de arranjos familiares (Coelho, 2000).

Osório (1996) dividiu as funções da família em biológicas, psicológicas e sociais. A função biológica reside em assegurar a sobrevivência da criança no sentido de prover nutrição e condições ambientais favoráveis. Entre as funções sociais está a transmissão de valores culturais da sociedade na qual está inserida e a preparação para o exercício da cidadania. As funções psíquicas da família são atender as necessidades relativas ao desenvolvimento cognitivo e emocional de seus membros, por meio da transmissão de um senso de valor, de ser aceito, de ser cuidado, e de um senso de ligação afetiva permanente (Macedo, 1994; Winnicott, 1997).

A família apresenta uma pluralidade de formas e tipos. Como parte desta diversidade, no presente, existem famílias nucleares biológicas, nucleares em série (reconstituídas), extensivas (geracionais), mãe ou pai sozinhos (monoparentais), e as que compartilham da mesma orientação sexual. Os estudos destacam a família nuclear em série, a mãe sem companhia de outro adulto e as que compartilham da mesma orientação sexual como os três estilos familiares em circunstâncias sociais mais desfavoráveis (Castro, 1999).

A estrutura familiar brasileira vem sendo profundamente afetada ao longo do tempo, pela ação de diversos fatores sócio-demográficos, políticos e econômicos, como o processo de industrialização, as migrações, as mudanças na condição feminina e no mundo do trabalho. Segundo Ceconello et al. (2003), existem três tipos básicos de laços de família na sociedade brasileira: a família nuclear, a família composta por várias famílias nucleares, que por questões de sobrevivência, habitam juntas; e a família que inclui parentes de parentes e outras pessoas sem laços consangüíneos.

As famílias diferenciam-se entre si em sua luta pela sobrevivência e pela reprodução da vida. Ao ocupar espaços socialmente diversos, estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, transmitindo concepções e cultura. No âmbito do desenvolvimento humano, a família ocupa lugar privilegiado quando se trata de discutir risco e proteção à saúde, em várias das suas dimensões. A dinâmica familiar de vidas interdependentes acarreta tanto a disponibilidade de apoio social quanto limitações (Oliveira & Bastos, 2000).

A expressão funcionamento ou dinâmica familiar consiste em um conjunto de forças positivas e negativas que afetam o comportamento de cada membro, fazendo com que esta funcione bem ou mal (Cervený, 1997). A dinâmica familiar pode ser afetada por diversos fatores como trabalho materno, desemprego dos pais, psicopatologia parental, separação dos pais (Cervený, 1997). O uso de psicotrópicos propicia desavenças e crises, levando à desorganização familiar, afetando emocionalmente todos os membros da família e principalmente crianças em fase de crescimento (Falcone, 2001). Os lares com presença de usuários de álcool podem ser hostis e destituídos de afeto e interações positivas (Shuntich et al., 1998). A ocorrência de depressão materna pode comprometer significativamente a capacidade da mãe de cuidar das crianças na idade pré-escolar (Souza, 2004). Muitas vezes, estas condições dificultam ou impedem que estas recebam os cuidados necessários para uma situação satisfatória de saúde e desenvolvimento.

O estudo de Oliveira & Bastos (2000) considera a família como contexto privilegiado para o cuidado de saúde de seus membros, onde a mãe é o principal agente desses cuidados. Várias pesquisas têm apresentado associação significativa entre disfunções familiares e alguns desfechos negativos para a saúde de um modo geral (Cecconello et al., 2003; Carvalhaes & Benício, 2002; Falcone, 2001; Peres, 2000). Na faixa etária pré-escolar, esse tema se torna ainda mais relevante, considerando-se a maior vulnerabilidade aos distúrbios familiares (Petrini, 1999; Souza, 2004; Tomita et al., 2000b; Vasconcelos, 1999) visto que existe um grau de dependência significativo entre as crianças e os seus

cuidadores, sendo estes na maioria das vezes a mãe (Carvalhaes & Benício, 2002).

Em relação ao processo saúde-doença bucal, a abordagem do universo familiar ainda é incipiente. Tomita et al. (2000b) relataram que alguns determinantes socioeconômicos da família, como trabalho materno e ocupação da pessoa de maior renda no domicílio estavam associadas com a maior prevalência de hábitos bucais deletérios, que por sua vez estavam positivamente associados à má-oclusão em pré-escolares. De acordo com os autores, é provável que o cotidiano do cuidado infantil se apresente como um reflexo da inserção das mães no mercado de trabalho e que a resposta da criança, frente ao distanciamento da mãe, é manifestar, através de hábitos regredidos, mecanismos de compensação às sensações de insegurança.

Teles (2003) realizou um estudo de corte transversal com 522 mães e filhos de ambos os gêneros, avaliando o impacto da qualidade de vida materna na saúde bucal da criança. Identificaram-se fatores psicológicos e físicos nas mães que interferiram na saúde bucal dos seus filhos, tendo sido constatado uma associação estatisticamente significativa entre má qualidade de vida e má-oclusão.

A criança, mesmo quando bem pequena, tem durante seu desenvolvimento, um componente motor, emocional e psíquico, e o aporte fundamental dos pais é fornecer-lhe segurança afetiva. Ela espera dos pais uma atmosfera segura, zelosa, firme e protetora (Falcone, 2001). Quando ela sofre pressões emocionais, físicas ou psíquicas, podem desenvolver hábitos bucais como uma válvula de segurança, os quais possuem um aspecto psicológico muito forte e podem ser influenciados por alguns fatores sociais (Corrêa, 1998).

3. Quadro teórico

As abordagens em saúde bucal coletiva vêm negligenciando a investigação da experiência direta dos sujeitos e suas repercussões no processo saúde-enfermidade, embora seja evidente a necessidade da incorporação progressiva de determinadas categorias teórico-metodológicas para tal fim. A exemplo, da

reflexão acerca do modo de vida, proposta por Almeida Filho (2000), que incorpora, além das condutas individuais frente à saúde, as dimensões sócio-históricas, a dinâmica das classes sociais e as relações sociais de produção, não excluindo os aspectos simbólicos da vida cotidiana na sociedade.

O presente estudo centra-se no papel da família e suas múltiplas configurações estruturais e nas diversas interfaces dos processos em saúde e enfermidade. Os elementos teóricos que norteiam esta análise passam pelo entendimento das relações compreendidas no funcionamento ou dinâmica da família e das condições que levam a uma disfunção familiar, determinando problemas no modo de vida e na saúde dos componentes da família, principalmente das crianças.

3.1. Modo de Vida e Saúde

Este aporte teórico proposto por Almeida Filho (2000) articula três circuitos: o trabalho, a reprodução social e o modo de vida, essenciais para a compreensão do processo saúde-enfermidade-cuidado nas sociedades. Mantém a concepção de formação econômica social como expressão concreta do modo de produção destacando-se dois processos fundamentais: o processo de trabalho (ciclos de produção econômica) e o processo da reprodução social. Desta forma, preserva-se o papel da dinâmica das classes e do processo de trabalho como determinantes das condições de vida e como condicionantes dos estilos de vida definidos de acordo com o modelo proposto por Possas (1989).

Segundo esta autora, dentro do processo de formação das classes sociais no capitalismo, os sujeitos são submetidos a distintos modos de inserção na estrutura ocupacional ou dela são excluídos. Ao ocuparem postos neste mercado de trabalho, os indivíduos vendem sua força de trabalho em troca de remuneração, que determina a sua renda e capacidade de consumo, e dessa maneira, condiciona o seu modo de vida. Este apresenta duas dimensões fundamentais: as condições de vida, que são as condições materiais necessárias à subsistência, nutrição, habitação, saneamento básico e às condições do meio ambiente; e o estilo de vida que refere-se às formas social e culturalmente determinadas de vida, que se expressam em comportamentos, hábitos e atitudes.

O ciclo da reprodução social (produção-distribuição-consumo) articula-se aos ciclos produtivos da vida cotidiana por meio do consumo. As formas de produção da vida social, expressão do modo de vida, operam uma dinâmica complexa articulada a sistemas de signos, significados e práticas relacionadas aos fatos sociais da vida, saúde, ou seja, práticas da vida cotidiana. Desta forma, a análise da relação do modo de vida e saúde passa por um estudo deste sistema de signos dos processos saúde-enfermidade-cuidado, tomando-os, tanto como produto de exposição-proteção a fatores e configurações de risco, resultado de estilos de vida, quanto como processos de reconhecimento da presença de patologia (Almeida Filho, 1999, 2000, 2004).

De acordo com esta construção teórica, o modo de vida não implica somente nas condutas individuais frente à saúde, mas vai além, pois inclui as dimensões sócio-históricas, engloba a dinâmica das classes sociais e das relações sociais de produção, considerando os aspectos simbólicos da vida cotidiana na sociedade (Almeida-Filho, 1999).

3.2. Contexto familiar e Saúde

Ao considerar as relações entre modo de vida e saúde, a interdependência entre mudanças no contexto e mudanças individuais torna-se perceptível. A investigação da família como contexto de desenvolvimento é condição fundamental para a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, visto que esta instituição social ocupa posição privilegiada no que diz respeito ao risco e proteção à saúde, em várias de suas dimensões (Bastos & Trad, 1998; Oliveira & Bastos, 2000).

A família é uma instituição social dinâmica, histórica, cuja estrutura e função estão determinadas pelo grau de desenvolvimento da sociedade da qual faz parte (Coelho, 2000). Enquanto uma espécie de produção social da vida cotidiana, é o vínculo entre o individual e o social (Oliveira & Bastos, 2000).

A família varia em composição e comportamento, segundo determinantes sociais, políticos, econômicos, religiosos ou ideológicos (Silveira et al., 2000). Ao se modificarem as relações do homem com o trabalho, a partir de novos

instrumentos e novas condições impostas pela indústria do consumo, transformam-se também as relações entre os indivíduos, afetando principalmente a estrutura e dinâmica familiar. Desta forma, a família, considerada como mediadora entre o indivíduo e a sociedade, deve ser analisada no contexto das transformações sociais provocadas pelas mudanças no processo produtivo (Orsi, 2003).

A família representa o primeiro núcleo social de inserção do indivíduo, e traduz em si características do mundo material, representadas pelas condições de vida e do mundo simbólico, representadas pelo estilo de vida. Enquanto sistema em desenvolvimento, a família precisa ser analisada levando-se em consideração a variação contextual de seu modo de vida e sua dinâmica ao longo do seu ciclo vital (Oliveira & Bastos, 2000).

A família constitui-se em um espaço privilegiado para o cuidado de saúde e é determinante no desenvolvimento humano. A figura materna, historicamente, representa um papel de destaque no cuidado à saúde, constituindo-se no principal agente de cuidados (Bustamante & Trad, 2007; Santi, 2003). Neste sentido, é plausível que os elementos que conformam as relações no contexto familiar e que comprometam a capacidade materna de cuidar tenham repercussões sobre a saúde das pessoas, em particular das crianças (Andrade, 2003; Falcone, 2001).

3.3. Contexto familiar e Saúde Bucal

Os estudos do perfil de saúde bucal em coletividades, quando buscam suas determinações, o fazem em uma perspectiva mais voltada para elementos macrossociais, (Tomita et al 2000, Gesser et al 2001, Maltz e Silva 2001, Cangussu, 2003) em detrimento dos aspectos microssociais, dentre os quais, destaca-se o comportamento familiar. Não obstante a escassa ênfase dada a este aspecto, os estudos nesta linha vêm apontando para a relevância dos fatores associados com o estilo de vida e padrões de comportamento familiar como decisivos nas enfermidades orais (Castro et al 2001, Peres et al 2000, Souza, 2004).

Má oclusão

As má oclusões podem ser indiretamente influenciadas por questões de ordem social e econômica, que aumentariam a vulnerabilidade das crianças a fatores de risco individuais. Os mecanismos pelos quais os fatores do contexto familiar estão relacionados à ocorrência de má oclusão não estão ainda completamente esclarecidos. Crianças cujas mães têm sua capacidade de cuidar comprometida podem apresentar menor tempo de amamentação natural e maior risco de desenvolvimento de hábitos bucais deletérios, com aumento da probabilidade de instalação de uma má oclusão. Além disso, essas mães têm menos cuidado com a alimentação e higiene da criança, o que pode levar à cárie dentária e perda precoce de dentes decíduos, representando um fator de risco para má oclusão.

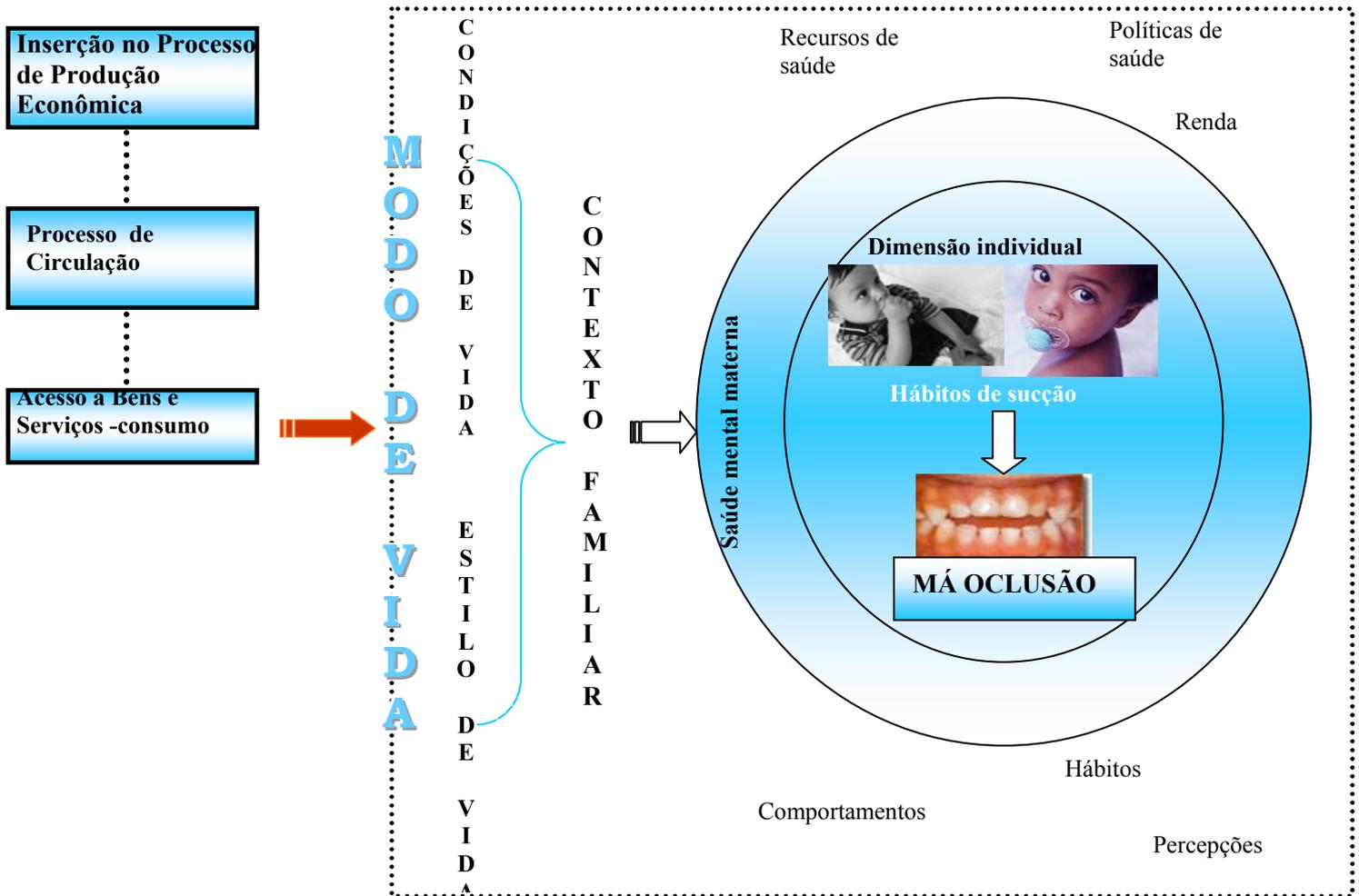
O distanciamento da mãe pode afetar o estado psicológico da criança, levando-a a buscar compensação emocional e segurança, manifestada através de hábitos bucais de sucção não nutritiva. Segundo alguns autores, a persistência do hábito de sucção está relacionada a tensões psíquicas e emocionais, às quais a criança não é capaz de vencer consolando-se em regressar a um padrão de comportamento infantil. O polegar ou a chupeta são simbólicos de um objeto, tal como a mãe, que é o primeiro objeto de relação da criança, dessa forma, a adoção do hábito é um meio que a criança dispõe para lidar com a falta ou fracasso do cuidado materno (Moyers, 1991; Corrêa, 1998; Winnicott, 1975).

A associação entre hábitos bucais deletérios na infância e má oclusão na dentição decídua tem sido consistentemente observada. Dentre os problemas mais frequentes, tem-se a mordida aberta anterior, inclinação vestibular dos incisivos superiores e retroinclinação dos incisivos inferiores, redução da largura da arcada dentária superior, mordida cruzada e aumento da sobremordida (Verrastro, 2005; Klatchoian, 2002; Tomita et al., 2000b; Corrêa, 1998; Pinkham, 1996; Moyers, 1991).

Baseado nas inter-relações entre o modo de vida, contexto familiar e sua influência na capacidade materna de cuidar, foi elaborado um modelo explicativo que contempla os elementos que podem estar determinando a maior ou menor exposição das crianças aos hábitos de sucção deletérios e a ocorrência de má

oclusão em pré-escolares, particularmente aqueles relacionados com o ambiente familiar.

DIMENSÃO SOCIAL



4. Objetivos

- Geral:

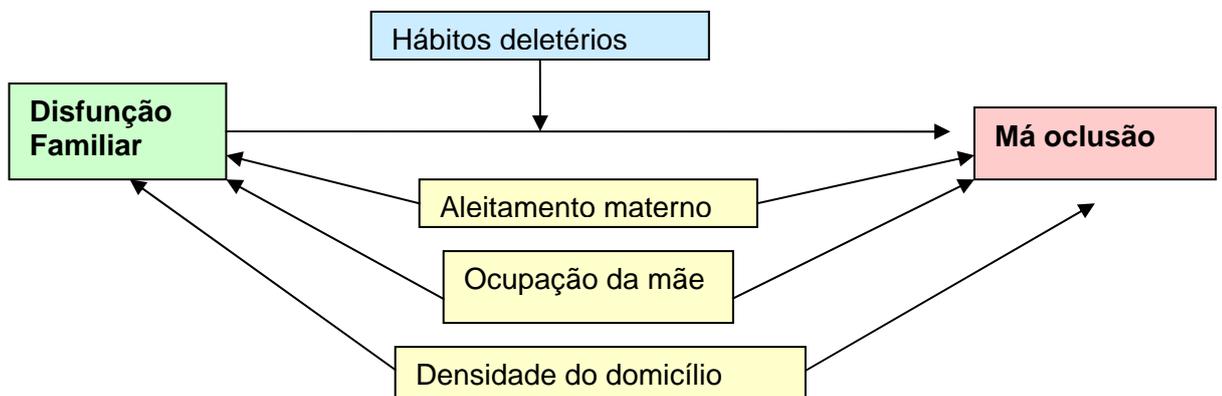
Testar a hipótese de que os fatores do contexto familiar, especificamente a disfunção familiar, estão associados à ocorrência de má-oclusão em pré-escolares do município de Salvador-BA.

- Específicos:

- Avaliar a prevalência de má oclusão em pré-escolares de Salvador-Ba;

- Identificar potenciais associações entre fatores sócio - econômicos e demográficos da família (nível de escolaridade dos pais, renda familiar, desemprego na família, composição e densidade familiar, condições de moradia -número de cômodos/ água encanada e revestimento da casa) e a ocorrência de má-oclusão em pré-escolares de Salvador-Ba;
- Identificar a associação entre disfunção familiar, referida pela presença de alcoolismo e/ou presença de sintomas de depressão maternos e a ocorrência de má-oclusão em pré-escolares de Salvador-Ba.

5. Modelo preditivo proposto



6. Metodologia

6.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, desenvolvido em áreas onde já houve a implantação do Programa de Saúde da Família ou com apenas o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em funcionamento.

6.2. População de Estudo

A população de estudo constituiu de crianças de 2 a 5 anos de famílias residentes em áreas localizadas nos Distritos Sanitários Barra-Rio Vermelho, Brotas, Itapoan, Cajazeiras e Subúrbio Ferroviário do município de Salvador-Ba. As áreas foram delimitadas por conveniência, ou seja, aquelas que mostraram-se sensíveis à perspectiva de avaliação das práticas assistenciais e implantação de um modelo voltado para a promoção de saúde foram incluídas na pesquisa, sendo elas:

Federação, Alto das Pombas, Nordeste de Amaralina, Candeal, Boca da Mata, Joanes Centro Oeste e Alto do Coqueirinho, incluindo 10 Equipes de Saúde da Família.

As unidades amostrais foram as famílias que possuíssem crianças menores de 5 anos, considerando a população finita (N=270.000- população estimada para esta faixa etária no município) e pelo menos uma criança nesta condição em cada família, OR=2,0 para evento do contexto familiar e poder de 80%, o que resultou em um n mínimo de 320 crianças, extrapolado para 400 famílias em função de potenciais perdas de informação.

A família foi identificada a partir do cadastro da família existente na unidade no sistema SIAB, procedendo-se o sorteio aleatório de 40 famílias que tivessem pelo menos uma criança menor de 5 anos em sua composição (pré-escolar). A escolha do pré-escolar se deu em função desta faixa etária constituir-se um grupo vulnerável em relação às condições de saúde bucal. Isto é, em todos os levantamentos desenvolvidos no município, este grupo não tem conseguido atingir as metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e em estudos locais, poucos avanços são registrados na melhoria dos indicadores epidemiológicos para os mesmos. Além disso, esta faixa etária é a mais dependente dos cuidados dos adultos, ou seja, o cuidado que se processa no ambiente familiar e/ou nos espaços sociais assume grande centralidade na promoção da saúde bucal dos pré-escolares.

6.3. Fonte de dados

Os dados utilizados neste estudo são primários coletados no ambiente domiciliar sob luz natural, conforme a metodologia proposta pelo último levantamento nacional realizado (Brasil, 2001) e como parte do projeto intitulado “Contexto familiar e condições de saúde bucal”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq sob processo 403204/2004-6, coordenado pela Prof^a Dr^a Maria Cristina Teixeira Cangussu, da Faculdade de Odontologia da UFBA que se propõe a compreender o universo familiar identificando fatores associados à saúde bucal do pré-escolar e a sistematizar indicadores que subsidiem a ação.

Foi realizada, durante o ano de 2005, uma única abordagem para a avaliação da saúde bucal das crianças e coleta das informações sobre o contexto familiar, dados sócio-demográficos e comportamentais junto às suas mães ou responsáveis. Participaram da coleta 05 equipes formadas por examinadores e anotadores, devidamente treinadas e calibradas quanto aos critérios de diagnóstico e à forma de abordagem durante as entrevistas. As equipes foram compostas por alunos de odontologia, cursando diferentes semestres, e por colaboradores do grupo de pesquisa. Antes da condução da coleta de dados propriamente dita, foi conduzido o pré-teste do instrumento com pelo menos 10 famílias, de forma a corrigir erros no instrumento e adequar estratégias de abordagem das famílias durante a coleta dos dados.

6.4. Coleta de Dados

Após a identificação da criança, a família foi contactada, e houve um agendamento da visita domiciliar no período mais conveniente. Após esta etapa, o estudo foi conduzido e envolveu a aplicação do questionário estruturado mediante entrevista junto a cada um dos membros da família e a realização do exame da condição de saúde bucal dos pré-escolares depois da assinatura do termo de consentimento pelo responsável.

A aplicação do questionário permitiu obter informações sobre:

- Dados gerais - aqueles já catalogados e sistematizados na ficha A do Sistema de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 1998).
- Indicadores específicos- são os dados sócio- demográficos da família e de cada um dos seus membros – sexo, idade, etnia, nível de escolaridade, renda familiar, desemprego na família, composição familiar; Escala CAGE adaptada (Carvalhoes & Benício, 2002); Self-Report Questionnaire (SQR-20); Acesso a serviços de saúde bucal e tipo de financiamento; Acesso e uso de insumos (escova dental, fio dental, dentifício fluorado, outros veículos de flúor); Hábitos associados a condição de saúde bucal na criança (alimentares, deletérios, sociais);

- Durante o exame da condição de saúde bucal, as variáveis investigadas foram cárie dental, má-oclusão e lesão de mucosa oral, através do ceo-d, índice de má oclusão (Brasil, 2001).

6.5. Definição das variáveis :

Variável Dependente:

Má-oclusão (dicotômica): cada criança terá sua oclusão avaliada conforme o índice de Má-oclusão para a faixa etária de 05 anos (Brasil, 2001). A criança será considerada com ausência de má-oclusão ou com presença de má-oclusão leve ou moderada/severa de acordo com os critérios deste índice. No tratamento para a análise será codificada como: {OCLUSAO} (0) normal (1) alterada.

Variável Independente Principal:

Disfunção Familiar (dicotômica): indicador composto desenvolvido a partir da avaliação da presença de alcoolismo materno (CAGE) e de distúrbios psiquiátricos (SRQ-20). Codificada como: {DISFUNÇÃO FAMILIAR} (0) ausência (1) presença.

Covariáveis:

Sócio-demográficas:

- ✓ Idade (dicotômica): definido o ponto de corte conforme a mediana da idade das crianças examinadas.
- ✓ Sexo (dicotômica): masculino(1) ou feminino (0).
- ✓ Cor da pele (dicotômica): outras (0) ou preta/parda (1).
- ✓ Ocupação da mãe (dicotômica): não trabalha fora (0) ou trabalha fora (1).
- ✓ Escolaridade da mãe (dicotômica): $\geq 2^{\circ}$ Grau (0) ou $\leq 1^{\circ}$ Grau (1).
- ✓ Idade materna (dicotômica): definido o ponto de corte conforme a mediana da idade das mães participantes.
- ✓ Densidade do domicílio (dicotômica): até 02 pessoas (0) ou mais de 02 pessoas por cômodo do domicílio (1).

Variáveis comportamentais:

- ✓ Tipo de aleitamento (dicotômica): natural (0) ou artificial (1).
- ✓ Duração do aleitamento natural (dicotômica): ≥ 06 meses (0) ou < 6 meses (1).
- ✓ Hábitos deletérios (dicotômica): ausência (0) ou presença (1).

6.6. Plano de análise

Realizar-se-á inicialmente a análise descritiva das variáveis de interesse obtendo-se as frequências simples para as variáveis categoriais e as medidas de tendência central e de dispersão para as contínuas. Serão observadas também as prevalências dos efeitos de acordo com as covariáveis, analisando-se as diferenças entre categorias através do teste do Qui-quadrado. A seguir realizar-se-á a análise estratificada para uma avaliação preliminar de potenciais associações. Nesta etapa serão estimadas as associações brutas entre disfunção familiar e a má-oclusão, assim como para as covariáveis selecionadas através das Razões de Prevalência e Intervalos de Confiança a 95% obtidos pelo Método Mantel Haenszel. O objetivo é a formulação de hipóteses que sinalizem para a necessidade de análises de caráter confirmatório.

Na análise multivariada, o método utilizado será a regressão logística não condicional, pois as variáveis dependentes serão tratadas de forma dicotômica e o estudo é não pareado. Para a inferência estatística será utilizado o Intervalo de Confiança ao nível de 95%. O procedimento de modelagem iniciar-se-á com a definição do modelo preditivo, baseado na literatura e nos resultados da análise estratificada. Serão criados termos-produtos para as potenciais variáveis modificadoras de efeito e variáveis de desenho quando necessário. Realizar-se-á a análise de interação através do procedimento backward de modelagem (Kleinbaum et al., 1994) a partir da definição do modelo saturado ou completo e do modelo reduzido para cada potencial modificador de efeito. Através dos resultados estatisticamente significantes para um $\alpha=0,20$ do Teste da Razão de Máxima Verossimilhança (TRMV), para a diferença dos desvios entre o modelo saturado e reduzido, serão identificados modificadores de efeito. Na análise de confundimento será empregado o procedimento backward, comparando-se as medidas de associação (OR's) e seus respectivos Intervalos de Confiança estimados para o modelo saturado e reduzido. A variável que produzir uma diferença relativa entre as OR's maior que 20%, será considerada confundidora.

Os procedimentos de modelagem permitirão a construção do modelo final, para estimar a medida de associação (Razão de Prevalência) entre disfunção familiar e má oclusão, controladas pelas variáveis de interação e ajustadas pelas variáveis

de confundimento. O processamento dos dados será realizado no EPI-INFO, versão 6.03 (Dean et al., 1994) e a análise estatística feita no STATA versão 7 (Stata Corporation, 1997).

7. Aspectos éticos

Este estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo e o protocolo da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (UFBA). Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, fez-se necessário que os indivíduos examinados ou seus respectivos responsáveis assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido conforme Resolução CNS 196/96. Neste termo constavam as características do exame bucal a ser realizado, o sigilo dos dados obtidos e a livre decisão de participação do sujeito na pesquisa. Quando era identificada necessidade de tratamento, o indivíduo ou sua família deveriam ser encaminhados ao serviço de saúde mais próximo ou, caso isso não fosse possível, à Faculdade de Odontologia da UFBA, que estava preparada para recebê-los.

8. Referências bibliográficas

ALMEIDA, RR et al. Etiologia das más oclusões: causas hereditárias e congênitas, adquiridas gerais, locais e proximais (hábitos bucais). *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 5 (6): 107-129, 2000.

ALVES, AC et al. Hábito vicioso de sucção digital. *Rev ABO Nac*. 3(4): 255-258, ago/set, 1995.

ANDRADE LL & RODRIGUES J. Tratamento de mordida cruzada posterior em escolares do Rio de Janeiro. *Rev ABO Nac*. 7(4): 221-225, 1999.

BALDDRIGHI, SEZM et al. A importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofuncionais e ortodônticas. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, 6(5): 11-121, set/out, 2001.

BISCARO et al. Avaliação da prevalência de má-oclusão em escolares de Piracicaba-SP na faixa etária de 7 a 12 anos. *Rev Odontopediatr.* 3(3): 145-153,1994.

BITTENCOURT, LP et al. Influência do aleitamento sobre a frequência dos hábitos de sucção. *RBO.* 58(3): 191-193, maio/jun, 2001.

BLACK et al. Hábitos bucais nocivos. *Ortodontia.* 23(2): 40-44, mai/ago, 1990.

BRAGHINI, M et al. relação entre aleitamento materno, hábito de sucção, forma do arco e profundidade do palato. *Ortodontia Gaúcha.* 6(1): 57-64, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. *SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica.* Brasília: Ministério da saúde. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. *Projeto SB 2000: Condições de Saúde Bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador.* Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil Resultado preliminar,* 2004.

CAMARGO, MCF. Programa preventivo de malocclusões em bebês. In: Gonçalves EAN, Feller, C. Atualização na Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 1998. p 405-442.

CANGUSSU, MCT. *Cárie e Fluorose dentária em adolescentes de 12 e 15 anos em Salvador, Bahia, no ano de 2001.* São Paulo-SP; 2003. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

CARVALHAES, MABL & BENÍCIO, MHD. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Pública.* 36 (2): 188-97, 2002.

CASTRO, CM. *Promoção da saúde bucal em bebês: um estudo do comportamento da mãe na instalação e evolução da cárie rampante*. São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado - Instituto de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo].

CASTRO, LA et al., 2002. Estudo transversal da evolução da dentição decídua: forma dos arcos, sobressaliência e sobremordida. *Pesq Odontol Bras.* 16 (4); 367-373, 2002.

CAVALCANTI, TAS. Estudo comparativo entre três índices de tratamento ortodôntico: o Índice de Discrepância (DI), o Índice de Complexidade, Resultado e Necessidade (ICON) e o Índice de Estética Dental (DAI). Salvador, 2007 [Dissertação de Especialização. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Odontologia].

CAVASSANI et al. Hábitos Oraís de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 69(1), 106-10, jan/fev, 2003.

CECCONELLO AM, KRUN FMB & KOLLER SH. Indicadores de risco e proteção no relacionamento mãe-criança e representação mental da relação de apego. *Psico.* 31(2): 81-122, 2000.

CECCONELLO, AM, DE ANTONI C, KOLLER SH. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicol Estud* 8 (no. especial): 45-54, 2003.

CERVENY, CMO. Família paulista. In: Cervený, C.M.O. & Berthoud, C.M.E. família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp 31-45, 1997.

COELHO, SV. As transformações da família no contexto brasileiro: uma perspectiva das relações de gênero. *Psique.* 10(16): 7-25, 2000.

CORRÊA, MSNP. *Odontopediatria na Primeira Infância*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1ª ed. 1998. 680p.

DEAN, A.G., DEAN, J.A., COLOMBIER, D. *Epi Info: a word processing, database and statistic program for epidemiology on microcomputers*. Atlanta, Georgia, USA. Centre for Disease Control and Prevention (CDC), 1994.

DEGANO, MP & DEGANO, RA. B reastfeeding and oral health. A primer for dental practioner. *N Y State Dent J*. 59 (2): 30-32, feb, 1993.

FALCONE, VM. 2001. *Disfunção familiar e baixa estatura em escolares da rede pública de ensino de São Paulo: estudo de caso-controle*. São Paulo- SP; 2001. [Dissertação de Mestrado- Curso de Pós-graduação em Nutrição da Escola Paulista de Medicina].

FARSI, NM & SALAMA, FS. Sucking habits in saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. *Pediatr Dent*. 19(1):28-33, jan- feb, 1996

FERREIRA, FV. *Ortodontia Diagnóstico e Planejamento Clínico*. São Paulo: Artes Médicas. 4 ed. 503 p, 2001.

FERREIRA, MIDT & TOLEDO, AO. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. *Rev ABO Nac*. 5(6): 317-320, out/nov, 1997.

FORTE, FDS & BOSCO, VL. Prevalência de mordida aberta anterior e sua relação com hábitos de sucção não nutritiva. *Pesq Bras Odontope Clin Integr*. 1(1): 3-8, jan-abr, 2001.

FRAZÃO, P et al. Malocclusion prevalence in the deciduous and permanent dentition of schollchildren in the city of São Paulo, Brazil, 1996. *Cad Saúde Pública*, v. 18, n.5, p. 1197-1205, 2002.

GAMA, FVA et al. O efeito da desnutrição no desenvolvimento maxilofacial. *Rev ABO Nac*, 2000.

GESSER, HC; PERES, MA; MARCENES W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores sócio-econômicos. *Rev. Saúde Pública*. 35 (2): 289-293, 2001.

GUEDES-PINTO, AC & ISSAO, M. *Manual de Odontopediatria*. São Paulo: Pancast; 10 ed. 1999. 308 p.

KATOH Y et al. A comparison of DAI scores and characteristics of occlusal traits in three ethnic groups of Asian origin. *Int Dent J*. 48(4): 405-411, 1998.

KLATCHOIAN DA. *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo: Editora Santos 2 ed. 2002. 375p.

KLEINBAUM, D.G. *Logistic Regression – a self learning text*. New york: Springer, 1992. cap.6, p.161-189, cap. 7, p.191-226.

LACERDA, J. T. *Impacto da saúde bucal na qualidade de vida*. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva para obtenção do grau de Doutor. São Paulo. 2005. 173 p.

LEITE ICG ET AL. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não-nutritivos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 53(2): 151-155. mar-abr, 1999.

MACEDO, R. M. A família diante das dificuldades escolares do filho. In: Oliveira, V. B. & Bossa, N. A. (Orgs). *Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos*. Pp 185-206. Rio de Janeiro: Vozes.

MAGNANI MBBA et al. Alterações cefalométricas decorrentes do hábito de sucção digital em indivíduos na faixa etária de 7 a 10 anos de idade. *Rev Paul Odontol*; 20(1): 24-33, jan/fev, 1998.

MALTZ M, Silva BB. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Rev Saúde Pública*; 35 (2): 170-176, 2001.

MARTINS et al. Prevalência de má oclusão em pré-escolares de Araraquara: relação da dentição decídua com hábitos e nível sócio econômico. *Rev Dent Press Ortodon Ortoped Facial*. 3(6):35-43, nov-dez, 1998.

MOORE MB. Digits, dummies and malocclusions. *Dental Update*; 23(10): 415-422, dec, 1996.

MOYERS, R. *Ortodontia*. 4. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1991. 669p.

OLIVEIRA MLS, BASTOS ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol Reflex Crit*;13 (1): 97-107, 2000.

NEIVA et al. Desmame precoce, aleitamento materno, desenvolvimento motor-oral, sucção, má-oclusão e respiração oral. *J Pediatr*. 79(1):7-12, 2003.

OSÓRIO, L. C. *Família Hoje*. Porto alegre: Artes Médicas; 1996.

PAMPLONA, V. In: Carvalho, MR & Tamez, RN. Amamentação bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002.

PAUNIO, P et al. The Finnish family competence study: the effects of living conditions on sucking habits in 3-year-old Finnish children and the association between these habits and dental occlusion. *Acta Odontol Scand*. 51: 23-29, 1993.

PERES KGA et al. Effect of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Rev Saúde Pública*. 41 (3): 343-350, 2007.

PERES KGA et al. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública*; 34(4): 402-408, 2000.

PETRELLI, E. *Ortodontia para Fonoaudiólogos*. Curitiba: Lovise, cap 11, p.177-194, 1994.

PETRINI JC. Modernidade: Entre civilização e barbárie. Algumas repercussões na família. *Interfaces – Revista de Psicologia* 1999; 2 (1): 7-14.

PIEROTTI, SR. Amamentar: Influência na oclusão, funções e hábitos orais. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*, 6 (4): 91-98, jul/ago, 2001.

PINKHAM BS. *Odontopediatria da infância à adolescência*. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 661p.

ROBLES, FRP et al. A influência do período de amamentação nos hábitos de sucção persistentes e a ocorrência de maloclusões em crianças com dentição decídua completa. *Rev Paul Odontol*. 21 (3): 4-9, maio-jun. 1999.

SANCHES, MTC. Manejo das disfunções orais na amamentação. *Jornal de Pediatria*. 80 (5 Supl):155-162, 2004.

SANTANA EJB, ALONSO MGO. Condições de saúde oral de idosos institucionalizados em Salvador-BA. *Rev. Faculdade de Odontologia da UFBA*; 24:36-41, 2002.

SERRA-NEGRA JMC et al. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Rev Odontol Univ São Paulo*; 11(2): 79-86, abr-jun, 1997.

SILVA FILHO et al. Prevalência de oclusão norma e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Parte I: relação sagital. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 4(2):130-7, abr-jun, 1990.

SOUZA MAD. *Comprometimento da capacidade materna de cuidar referida pela ocorrência de depressão materna e/ou alcoolismo na família e cárie dentária em crianças de 2 e 3 anos de idade*. Salvador-BA; 2004. [Dissertação de Mestrado - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia].

SOUZA DFRK, VALLE MAS & PACHECO MCT. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão e grau de informação prévia das mães. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 11(6): 1-12, nov/dez, 2006.

SHUNTICH, R.J. LOH, D. & KATZ, D. Some relationships among affection, aggression and alcohol abuse in the family setting. *Perceptual and Motor Skills*; 86, 1051-1060, 1998.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA. *Inquérito epidemiológico em saúde bucal, Salvador-BA, 2005: Resultados Principais*. Salvador, 2006, 42p.

STATA CORPORATION. Statistical Software: Release 6.0 College Stations, Stata Corporation, 1997.

SOARES, MEM et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria*. 79 (4):309-16, 2003.

SVEDSTROM-ORIOSTO AL et al. Outlining the morphological characteristics of acceptable mature occlusion. *Community Dent Oral Epidemiol*; 28(1): 35-41, 2000.

TELES, D.S. *O impacto da qualidade de vida da mãe na saúde bucal da criança*. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia para obtenção do grau de Doutor. São Paulo. 2003. 142 p.

THOMAZ EBAF. Alterações oclusais e estado nutricional em escolares na cidade de Salvador, Ba, Brasil; 2007. 98p. [Tese de Doutorado Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia].

TOMITA, LM et al. Relação entre tempo de aleitamento materno, introdução de hábitos orais e ocorrência de maloclusões. *Passo Fundo*. 9(2): 101-104, jul/dez, 2004.

TOMITA NE. *Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais: influência na oclusão de pré-escolares de Bauru-SP-Brasil Bauru*. 1997. 246p. [Tese de Doutorado em Odontologia- Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia] .

TOMITA, NE & PERES, KGA In: Antunes, JLF & Peres, MA *Epidemiologia da Saúde Bucal* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 441 p.

TOMITA NE et al. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. *Pesqui Odontol Bras* 2000a; 14 (2): 169-175.

TOMITA, NE et al. Relação entre hábitos bucais e má-oclusão em pré-escolares. *Rev. Saúde Pública*; 34 (3): 299-03, 2000b.

VAN DER LINDEN, F.P.G.M. *Desenvolvimento da Dentição*. Trad. Maia, F. A. São Paulo, Editora, 206p. 1986.

VASCONCELOS, EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*; 23 (53): 6-19, 1999.

VERRASTRO, AN. *Avaliação oclusal e miofuncional oral em crianças com dentição decídua completa e mordida aberta anterior antes e após remoção do hábito de sucção de chupeta*. São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo].

WARREN, JJ & BISHARA, SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in primary dentition. *Am J Dentofacial Orthop*. 121 (\$): 347-356, apr. 2002.

WINNICOTT, DW. *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1975. 203p.

WINNICOTT, DW. *A família e o desenvolvimento individual* (M.B., Cipolla, trad.) São Paulo: Martins Fontes, 1997.

ZARDETO CGDC. Avaliação dos arcos dentais e das estruturas miofuncionais orais, em função do uso e tipo de chupeta, em crianças com dentição decídua completa [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000

09. Anexos

Anexo I- Termo de consentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PEDIÁTRICA
GRUPO DE PESQUISA EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

PESQUISA CIENTÍFICA Contexto familiar e Condições de Saúde Bucal

Salvador, ___/___ de 2005

Prezado(a) Senhor(a),

Pedimos o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado.

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia está fazendo uma pesquisa sobre as características da família, acesso e uso dos serviços odontológicos afetam a saúde bucal da população de Salvador –Bahia. Nessa investigação científica, serão aplicados questionários e examinados os dentes e as gengivas de crianças, adultos e idosos da população de diversas áreas do município. O exame é uma observação da boca, feita na própria casa, com toda perícia técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas, os resultados da pesquisa contribuirão muito a conhecer melhor a nossa realidade e propor medidas específicas para prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos. Por isso, **sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização do exame**, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar. Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor ligue para:

Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu	Telefone: 3336 5776 (ramal 240)
Ou então, fale pessoalmente com ela na:	Faculdade de Odontologia da UFBA- Rua Araújo Pinho, 62, Canela, 6º. Andar.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

A Coordenação da Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “*Contexto Familiar e Condições de Saúde Bucal*”, **AUTORIZO** a realização do exame em:

Em ___ de _____ de 20__.

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável

Anexo II- Ficha A

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					UF __ __
ENDEREÇO			NÚMERO _ _ _ _	BAIRRO		CEP _ _ _ _ _ - _ _ _ _	
MUNICÍPIO _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO _ _	ÁREA _ _ _	MICROÁREA _ _	FAMÍLIA _ _ _		DATA _ _ - _ _ - _ _	

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZAD O		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊN TA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo

EPI - Epilepsia

HAN - Hanseníase

CHA - Chagas
DEF - Deficiência
DIA - Diabetes

GES - Gestação
HA - Hipertensão Arterial
TB - Tuberculose

MAL - Malária

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES

Anexo III- Ficha individual

Contexto Familiar e condições de saúde bucal- Ficha individual Identificação _____

Nome _____ Família _____
Data Nascimento ___/___/___ Sexo () Grupo étnico () Escolaridade () Ocupação: _____

Nas duas últimas semanas:
1- Teve algum tipo de problema, dor ou desconforto relacionada com a cavidade bucal? () não () sim Qual(is)? () dor () ardor () prurido-pus () secreta () sangramento () afta () outro _____
2- Utilizou algum tipo de medicamento devido a problemas odontológicos? () não () sim Qual (is)? _____

Nos últimos 12 meses:
3- Utilizou serviços odontológicos? () não () sim Qual (is)? _____
4- Se sim, qual a tipo de financiamento do atendimento? () público () convênio () particular
5- Qual foi o motivo da consulta? () urgência () consulta rotina

Hábitos de Higiene Oral e Alimentar
6- Tipo de escova: () nenhuma () dura () média () macia
7- Tamanho da escova: () infantil () adulto
8- Momentos do dia em que escova os dentes: () ao acordar () depois do café () depois do almoço () antes de dormir
9- Uso do fio dental: () todas as vezes que escova os dentes () eventualmente () nunca
10- Uso de soluções para bochechos: () diariamente () eventualmente () nunca
11- Consumo de bebidas ou alimentos doces entre as refeições: () nenhuma 1 vez ao dia () 2 ou 3 vezes ao dia () 4 vezes ao dia ou mais
Hábito de fumar: () Uso de álcool? () não () sim

Alguma vez alguém já pediu para que você não bebesse tanto ou criticou seu modo de beber? () não () sim
Alguma vez você sentiu que deveria beber menos? () não () sim
Em crianças e adolescentes:

12- Mama à noite? () não () sim O que? () leite materno () Outros _____
13- Mama ou mamou no peito? () não () sim até que idade? _____
14- Usa ou usou mamadeira? () não () sim até que idade? _____
15- Chupa ou chupou dedo? () não () sim até que idade? _____
16- Usou chupeta? () não () sim até que idade? _____

Anexo IV- Indicadores gerais

OIDP- Com que frequência, nos últimos 6 meses problemas na sua boca ou dentes o impediram de:

(1)- < 1x ao mês (2) 1 ou 2 x mês (3) 1 ou 2 x semana (4) 3 ou 4 x semana (5) quase sempre/ todos os dias

- 1- comer ou saborear os alimentos? ()
- 2- Conversar ou se comunicar claramente? ()
- 3- Escovar os dentes? ()
- 4- Dormir ou descansar? ()
- 5- Sorrir sem constrangimento? ()
- 6- Ficar calmo e tranquilo? ()
- 7- Frequentar o trabalho, escola ou desenvolver as atividades diárias? ()
- 8- Praticar atividades físicas? ()
- 9- Encontrar os amigos e se divertir? ()

SRQ-20- Self Report Questionnaire- 20 (0)- não (1)- sim

- 1- Tem dores de cabeça frequentes? ()
- 2- Tem falta de apetite? ()
- 3- Dorme mal? ()
- 4- Assusta-se com facilidade? ()
- Alguma vez você já se arrependeu de ter bebido? ()
- 5- Tem tremores nas mãos? ()
- Tem acontecido de ter vontade de beber ao acordar, mesmo que seja para não tremer as mãos? ()
- 6- Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? ()
- 7- Tem má-digestão? ()
- 8- Tem dificuldade de pensar com clareza? ()
- 9- Tem se sentido triste ultimamente? ()
- 10- Tem chorado mais do que de costume? ()
- 11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação as atividades diárias? ()
- 12- Tem dificuldade para tomar decisões? ()
- 13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso? lhe causa sofrimento?) ()
- 14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? ()
- 15- Tem perdido o interesse pelas coisas? ()
- 16- Você se sente uma pessoa inútil, sem serventia? ()
- 17- Tem tido a idéia de acabar com a vida? ()
- 18- Sente-se cansado o tempo todo? ()
- 19- Tem sensações desagradáveis no estômago? ()
- 20- Você se cansa com facilidade? ()

GOHAI - Com que frequência nos últimos meses você? (1) sempre (2) algumas vezes (3) nunca

- 1- Comeu menos ou evitou comer algum tipo de alimento por causa dos seus dentes ou problemas na boca? ()
- 2- Teve dificuldades em abrir a boca ou mastigar alimentos mais duros (carne, maçã)? ()
- 3- Você engoliu os alimentos sem desconforto? ()
- 4- Seus dentes ou prótese o impediram de falar como você gostaria? ()
- 5- Você foi capaz de mastigar qualquer tipo de alimento sem desconforto? ()
- 6- Você deixou de sair ou conversar com as pessoas por causa dos seus dentes ou prótese? ()
- 7- Você se sentiu satisfeito com a sua aparência e a dos seus dentes/prótese? ()
- 8- Você usou medicamentos para dor ou desconforto por causa de problemas na boca? ()
- 9- Você se preocupou com os problemas dos seus dentes, gengivas ou prótese? ()
- 10- Você se sentiu nervoso ou aborrecido por problemas com seus dentes, gengivas ou próteses? ()
- 11- Você sentiu desconforto ao comer junto com outras pessoas por causa dos seus dentes, gengivas ou próteses? ()
- 12- Você sentiu seus dentes ou gengivas sensíveis ao frio, calor ou doces? ()

Anexo IV- Ficha de exame

Contexto Familiar e Condições de Saúde Bucal FICHA DE EXAME
 NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

No. Identificação **Família** **Orig/Dup** **Examinador**

USO DE PRÓTESE **NECESSIDADE DE PRÓTESE** **LESÃO DE MUCOSA**
 Sup Inf Sup Inf

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa	<input type="text"/>															
Raiz	<input type="text"/>															
Trat	<input type="text"/>															

	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75
Coroa	<input type="text"/>												
Raiz	<input type="text"/>												
Trat	<input type="text"/>												

DOENÇA PERIODONTAL

CPI

PIP

ANORMALIDADES DENTO FACIAIS (DAI)

Dentição
 No. de I a PM perdidos

Espaço
 apinhamento espaçamento diastema(mm) des maxilar (mm) des mandibular (mm)

Oclusão
 Overjet Max Overjet mand mord aberta relação molar

Oclusão (≤ 5 anos) _____

FLUOROSE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Disfunção familiar e má oclusão em crianças de 2 a 5 anos de idade.

RELATÓRIO DE PESQUISA

Aluna: Cristiane Ribeiro da Silva Castro

Profa Orientadora: Dra Maria Isabel Pereira Vianna

Salvador
Março, 2008

RELATÓRIO DE PESQUISA

Tendo em vista o formato do trabalho apresentado e as mudanças em relação ao projeto original defendido no Exame de Qualificação, considerou-se relevante a elaboração de um relatório com a finalidade de sistematizar alguns aspectos da pesquisa e justificar essas mudanças.

Motivações para o estudo

A minha inserção na saúde coletiva teve início na graduação, em um projeto de iniciação científica no campo de conhecimento da saúde do trabalhador. Neste momento, surgiram algumas idéias de projeto para a seleção no mestrado acadêmico. Mas diante das dificuldades em relação à viabilidade da coleta, comecei a considerar outras possibilidades.

Em 2005, integrei-me ao Grupo de Estudos em Saúde Bucal Coletiva, no Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, liderado pela Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna e pela Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu, tendo como uma das linhas de ação a produção de informações em saúde de pré-escolares. Neste mesmo ano, o grupo submeteu o projeto intitulado “Contexto familiar e condições de saúde bucal”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq sob processo 403204/2004-6, coordenado pela Prof^a Dr^a Maria Cristina Teixeira Cangussu, da Faculdade de Odontologia da UFBA com o propósito de compreender o universo familiar identificando fatores associados à saúde bucal do pré-escolar e a sistematizar indicadores que subsidiassem a ação.

Dessa forma, decidi estudar os fatores do contexto familiar e a condição bucal de pré-escolares. A escolha dessa faixa etária deu-se em função deste grupo ser mais vulnerável em relação à condição de saúde bucal. Isto é, em todos os levantamentos desenvolvidos no município, este grupo não tem conseguido atingir as metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e em estudos locais, poucos avanços são registrados na melhoria dos indicadores epidemiológicos para os mesmos. Além disso, esta faixa etária é a mais dependente dos cuidados dos adultos, ou seja, o cuidado que se processa no

ambiente familiar e/ou nos espaços sociais assume grande centralidade na promoção da saúde bucal dos pré-escolares.

Definição do problema de investigação

A exposição inicialmente foi definida como a disfunção familiar, referida pela presença de alcoolismo e/ou sintomas psiquiátricos na mãe. Porém, no primeiro contato com o banco de dados, percebi que havia uma fragilidade do mesmo em relação à variável grau de parentesco, que comprometia a identificação das mães. Este aspecto foi levado à banca de qualificação, inclusive com a proposta de utilização de uma outra base de dados, cuja coleta estava iniciando-se àquele momento. A banca considerou mais prudente utilizar a base de dados original, assumindo a possibilidade desse viés, devido à questão do prazo para conclusão do mestrado, pois a coleta poderia prosseguir por mais tempo do que o previsto.

A recomendação foi aceita, apesar da minha apreensão, pois além do aspecto levantado em relação à variável de exposição, outras variáveis de interesse como estado conjugal, renda familiar, chefia da família, dentre outras, não estavam disponíveis no banco original.

Durante o exame de qualificação, também foi recomendada uma mudança na variável de desfecho de oclusopatia para a mordida aberta anterior. Isto justificase por esta ser a oclusopatia mais prevalente na dentição decídua e que está mais relacionada com a presença de hábitos de sucção não nutritivos, variável que encontra-se na trilha causal e considerada como modificadora de efeito no modelo preditivo original. Além disso, a literatura a cerca dos fatores de risco para as oclusopatias é vasta, mas existem poucos estudos que envolvam a etiologia da mordida aberta, ainda mais no que se refere à influência do contexto familiar.

Do projeto ao artigo: algumas mudanças de rumo

O processo dinâmico da produção do conhecimento requer, muitas vezes, mudanças direcionadas por razões ora de natureza teórica, ora metodológica. No projeto aprovado no exame de qualificação, previa-se o desenvolvimento de um estudo confirmatório focalizando a associação entre disfunção familiar e mordida

aberta anterior. Todavia, durante a etapa de análise, observou-se que o reduzido poder do estudo impôs limites à realização da análise confirmatória, impedindo a verificação da ocorrência de potenciais interações e dificultando a identificação de fatores de confusão.

Dessa forma, foi alterada a posposta analítica do projeto de dissertação, e realizou-se um estudo exploratório dos fatores associados à mordida aberta anterior, mantendo o foco nas variáveis do ambiente familiar, dentre elas a presença de disfunção familiar. Em relação a esta variável, houve outra mudança, pois, conforme explicitado, a identificação da mãe baseou-se em critérios subjetivos. Dessa forma, optou-se pela disfunção familiar nos familiares e não apenas na mãe como inicialmente proposto.

Perspectivas...

A abordagem do universo familiar na determinação da mordida aberta, ainda é incipiente e carece de outras investigações, através da utilização de metodologia apropriada, como por exemplo, estudos com delineamento longitudinal. Neste sentido, está em curso no Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, um outro projeto de pesquisa relacionada com o tema, intitulado “Condições de saúde bucal de crianças na primeira infância, adultos e idosos de Salvador-BA: uma abordagem do contexto familiar e da qualidade de vida” coordenado pela Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna, no qual encontro-me inserida.