

Renata da Luz Ferro

**Medo de dentista na infância: prevalência e fatores associados em
uma coorte de nascimentos no sul do Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração em Odontopediatria.

Orientadora: Dra. Dione Dias Torriani

Co-orientadoras: Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres

Dra. Maria Laura Menezes Bonow

Pelotas, 2011

Banca examinadora

Profa. Dra. Dione Dias Torriani

Profa. Dra. Ana Regina Romano

Profa. Dra. Helen Denise Gonçalves da Silva

Profa. Dra. Karen Amaral Tavares Pinheiro (suplente)

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo incentivo à minha profissão e à minha vida acadêmica, pelo amor incondicional e pela alegria que demonstram com as minhas conquistas.

À professora Dione Torriani, pela confiança, por estares constantemente disposta em orientar, pelo teu indispensável apoio e pela tua dedicação à Universidade e à odontopediatria. Além da tua habilidade técnica, teu carinho e respeito com as crianças são admiráveis.

Ao professor Flávio Demarco, pela tua competência como coordenador da Pós-Graduação e pelo teu empenho para que este trabalho fosse realizado.

À professora Karen Peres, a qual foi determinante para realização deste estudo.

À professora Maria Laura, pelo teu carinho e por tua contribuição nesta dissertação.

Ao Márlon pelo estímulo a todas as minhas escolhas, pelo teu amor e por poder contar contigo, sempre.

Às minhas irmãs, as quais me orgulham. À Fabi, pelo apoio e por me acolheres junto da tua família (Val, Teté e Lauren). À Tati, pelo incentivo ao mestrado, por escutar minhas angústias e alegrias e por tudo que trocamos neste período. Um beijo, gurias.

Aos doutorandos Marcos Britto, Andrea Cascaes, Ludmila Muniz e Marília Goettems por terem me auxiliado em algum dos momentos de dúvidas.

Às minhas amigas Carolina França Pinto e Genara Gomes, obrigada pelo companheirismo, pelas confidências e trocas: foi um presente ter conhecido vocês.

Aos colegas da Pós-Graduação, em especial a Aya, a Silvia, a Vanessa, a Marina e Marília pela companhia nos congressos e eventos acadêmicos, pelos momentos de descontração, pela ajuda nos momentos de angústia, pelas risadas e carinho.

Ao Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPel, pelo aceite na realização deste estudo.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPel por terem colaborado com a minha formação de mestre, em especial à professora Ana Romano, pois teus elogios e críticas contribuíram para meu crescimento.

Às crianças participantes e sua famílias: obrigada pela confiança, pela receptividade em suas residências, pelo carinho que nos receberam em muitos momentos e por permitirem que eu conhecesse de perto a realidade social da população da minha cidade.

Agradeço a oportunidade de poder realizar minha graduação em odontologia e o mestrado em odontopediatria em uma Instituição pública e de qualidade.

Ao apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

A todos: o meu muito obrigada!

Resumo

FERRO, Renata da Luz. **Medo de dentista na infância: prevalência e fatores associados em uma coorte de nascimentos no sul do Brasil**. 2011. 77p. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração em odontopediatria, da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

Devido o medo ao tratamento odontológico ser considerado uma barreira para a realização de tratamentos dentários e influenciar negativamente a saúde bucal das crianças, é importante investigar quais os fatores estão mais associados a esta condição. **Objetivo:** Descrever a prevalência do medo de dentista em crianças de 5 anos de idade e explorar sua associação com os fatores relacionados diretamente à criança e com as variáveis indiretas, especialmente relacionadas à mãe. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal, aninhado em uma coorte de nascimentos iniciada em 2004 em Pelotas, RS, Brasil. No quinto ano de vida uma amostra (n=1129) foi investigada sobre medo ao tratamento odontológico mensurado através do instrumento *Dental Anxiety Question (DAQ)*. Investigou-se as características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e uso do serviço odontológico da mãe, além das variáveis demográficas, experiências odontológicas e condições bucais da criança. **Resultados:** A prevalência do medo de dentista da criança foi de 16,8%. No modelo final foram incluídas as seguintes variáveis, associadas ao desfecho: escolaridade materna e renda familiar, sexo da criança, motivo, local e idade da criança durante a primeira consulta com o dentista, ter tido alguma experiência odontológica, além da presença de cárie e dor. Após análise ajustada, mostraram-se associadas ao desfecho as seguintes condições: a presença de cárie, o sexo feminino e a baixa renda familiar. As condições maternas, como a saúde bucal, as experiências odontológicas e o medo de dentista não estiveram associados a este sentimento da criança. **Conclusão:** o medo de dentista aos 5 anos de idade esteve mais associado às condições diretamente relacionadas à própria criança. Entre as variáveis indiretas, relacionadas à mãe, apenas a renda familiar parece influenciar o medo de dentista aos 5 anos de idade.

Palavras-chave: Criança. Medo ao tratamento odontológico. Prevalência. Estudos epidemiológicos.

Abstract

FERRO, Renata da Luz. 2011. **Dental fear in childhood: prevalence and associated factors in a birth cohort in the south of Brazil**. 77p. Master's degree thesis – Pós Graduation Program in Dentistry. Federal University of Pelotas, Pelotas, RS.

Dental fear is considered a barrier for the achievement of dental treatments and it can effect negatively in the oral health of children. It is important to investigate the most associated factors to this condition. Objective: Describe the prevalence of dental fear in 5-year-old children and to explore its association with directly related factors to the child and the indirect variables, which are especially related to the mother. Methods: A cross-sectional study in a birth cohort initiated in 2004 in Pelotas, Brazil. In the fifth year of life, a sample (n = 1129) on dental fear was investigated and measured through the use of the Dental Anxiety Question (DAQ). Socioeconomic, demographic and behavioral characteristics and dental service use of the mother were investigated as well as the dental experience and oral conditions of the children were assessed. Results: The prevalence of dental fear in children was 16.8%. In the final model, the following variables associated with the outcome were included: maternal education, family income, child gender, past dental experience, the presence of caries and pain, and reasons, location and the age of the child during the first dental visit, After the adjustment, the outcome was associated with the following conditions: the presence of caries, female gender and low family income. Maternal conditions, such as oral health, dental experiences and dental fear were not associated with the feeling of the child. Conclusion: the dental fear at the age of 5 was more associated with conditions directly related to the child itself. Among the indirect variables which are related to the mother, only the household income seems to be associated with the dental fear at the age of 5.

Keywords: Child. Dental fear. Prevalence. Epidemiologic studies

Lista de Figuras

Figura 1	Modelo Teórico de Análise	35
----------	---------------------------------	----

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição da amostra e da prevalência do medo de dentista de acordo com as variáveis independentes, em crianças de 5 anos de idade	37
Tabela 2	Distribuição da amostra e prevalência do medo de dentista da criança, de acordo com as variáveis independentes relacionadas à mãe	38
Tabela 3	Razões de prevalência bruta (RP ^b) e ajustada (RP ^a), de acordo com modelo hierárquico, para as variáveis independentes e a prevalência de medo de dentista aos 5 anos de idade	39

Lista de abreviaturas e siglas

DAQ Dental Anxiety Question.

IHOS Índice de Higiene Oral Simplificado

ceo-s Índice de cárie dentária na dentição decídua

OMS Organização Mundial da Saúde

UFPel Universidade Federal de Pelotas

SB-04 Estudo de Saúde Bucal em 2004

Sumário

Resumo	04
Abstract.....	05
1. Projeto de pesquisa.....	10
1.1 Antecedentes e justificativas.....	10
1.2 Hipóteses.....	15
1.3 Objetivos.....	15
1.4 Métodos.....	16
1.5 Variáveis.....	20
1.6 Análise de dados.....	23
1.7 Aspectos éticos.....	23
1.8 Orçamento.....	24
1.9 Cronograma.....	25
2. Relatório de trabalho de campo.....	26
3. Artigo.....	28
4. Conclusões.....	51
Referências.....	52
Apêndices.....	62
Anexos.....	76

1 Projeto de Pesquisa

1.1 Antecedentes e justificativas

A Odontopediatria abrange, além da realização do tratamento odontológico na criança, a preocupação com o seu bem-estar durante a execução dos procedimentos, sendo essencial o reconhecimento das emoções apresentadas pelo paciente infantil.

Estudos sobre o comportamento e investigações afins no âmbito da Odontologia se tornam relevantes a partir do momento em que, apesar dos avanços tecnológicos nas técnicas e equipamentos, sugere-se que os níveis de ansiedade odontológica mantêm-se estáveis ao longo dos anos (HEFT et al., 2007), o que parece demonstrar que as modificações dos sentimentos e emoções envolvidos durante o atendimento odontológico não acompanham as conquistas da área.

O mesmo acontece com a cárie dentária, em que investigações a respeito dos fatores associados à sua redução e magnitude ainda se fazem necessários, tendo em vista que as condições de saúde bucal das crianças encontram-se aquém da ideal.

O alto índice de cárie entre as crianças brasileiras, o qual representava um dos maiores do mundo (BRASIL, 1988), reduziu significativamente tanto em termos de prevalência quanto severidade de cárie (ARDENGHI, 2006). Entretanto, 59% das crianças brasileiras aos 5 anos de idade ainda são acometidas por esta doença (BRASIL, 2004), fazendo-se necessário esforços para mudança deste quadro. Situação semelhante foi constatada em outros países, onde foi observado que a condição atual da dentição decídua ainda não pode ser considerada tão animadora (TICKLE; BLINKHORN; MILSOM, 2008; SPLIETH; BÜNGER; PINE, 2009).

Considerando o impacto negativo da cárie dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (FILSTRUP et al., 2003; FEITOSA; COLARES; PINKHAM, 2005; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007) e verificando que a mesma tem sido associada

a altos índices de dor, infecção, exodontia ou outros distúrbios que poderiam afetar a vida cotidiana das crianças (MILSOM; TICKLE; BLINKHORN, 2002; TICKLE et al., 2002; FEITOSA; COLARES; PINKHAN, 2005; TICKLE; BLINKHORN; MILSOM, 2008), esta doença ainda representa um dos principais focos nos estudos.

Entre os fatores relacionados à saúde bucal de pré-escolares, um dos mais estudados tem sido a condição sócio-econômica, a qual tem se mostrado associada com a experiência de cárie das crianças (TICKLE et al., 2003; TALEKAR et al., 2005; REISINE et al., 2008), demonstrando que esta situação encontra-se bem estabelecida entre os autores.

Situações ambientais e comportamentais podem influir nas condições de saúde bucal, onde o acesso aos serviços de saúde (ANTUNES; PERES; MELO, 2006) e os aspectos emocionais em relação ao atendimento odontológico (COLARES et al., 2004) podem contribuir com a saúde bucal dos pré-escolares e, conseqüentemente, afetar a qualidade de vida dessa população. O medo odontológico é um dos fatores que pode interferir no atendimento, sendo considerado uma barreira para realização de tratamentos dentários, o que conseqüentemente influencia de forma negativa a saúde bucal da criança (LEE; CHANG; HUANG, 2007; NUTTAL; GILBERT; MORRIS, 2008; SPLIETH; BÜNGER; PINE, 2009). Alvesalo (1993) acrescenta que este tipo de medo têm sido reconhecido, na Finlândia e países Escandinavos, como um problema de saúde pública.

O medo caracteriza-se por ser um sentimento de grande apreensão frente a algo real e específico, além de ter um objeto diretamente relacionado (MUSSEN; CONGER; KAGAN, 1977; KLATCHOIAN, 2002), enquanto que a ansiedade pode ser considerada como um transtorno caracterizado pelo desenvolvimento de manifestações que não são desencadeadas exclusivamente por uma situação determinada, nem por um perigo real (OMS, 2009).

Conceitualmente, medo e ansiedade podem ser diferenciados, mas enquanto vivência psicológica aparecem de forma associada (KLATCHOIAN, 2002). Além disso, a distinção clínica entre ambas as emoções não é clara, sendo difícil diferenciar medo e ansiedade, especialmente em crianças pequenas, pois elas não diferem entre interior e exterior, o que é real e o que é imaginário (MUSSEN; CONGER; KAGAN, 1977).

Devido à dificuldade de dissociar as duas situações na prática clínica, neste estudo optou-se por tratar o medo e a ansiedade odontológica como sinônimos, semelhantemente a outros autores (NEVERLIEN, 1990, COLARES et al., 2004; KLINGBERG; BROBERG, 2007; OLIVEIRA; COLARES, 2009), entretanto, o termo medo foi escolhido para descrever estes sentimentos.

O medo, que pode ser definido como um fenômeno da emoção, está relacionado a áreas específicas do cérebro, sendo que as regiões do encéfalo envolvidas neste processo são o hipotálamo, a área pré-frontal e o sistema límbico, especialmente na região da amígdala (MACHADO, 2003).

As áreas encefálicas ligadas ao comportamento emocional também controlam o sistema nervoso autônomo. Isto justifica que a ativação de estruturas desta área resulta em diversas manifestações que acompanham a emoção, tais como choro, sudorese, salivação e alterações fisionômicas e na frequência cardíaca (MACHADO, 2003).

Apesar de o medo ser uma reação emocional normal para alguns estímulos ameaçadores (MUSSEN; CONGER; KAGAN, 1977; CHAPMAN; KIRBY-TURNER, 1999; KLINGBERG; BROBERG, 2007) e, em certas situações, desempenhar uma função de autopreservação (MUSSEN; CONGER; KAGAN, 1977), esse sentimento tem sido apontado com um dos problemas mais indesejados que acometem a clínica odontopediátrica (LEE; CHANG; HUANG, 2007, 2008; OLIVEIRA; COLARES, 2009,).

Considera-se que a natureza dos medos muda de acordo como a maturidade da criança e conforme sua capacidade cognitiva aumenta (CHAPMAN; KIRBY-TURNER, 1999). Entretanto, de forma geral, em alguns estudos foi observado que, dentre os medos infantis, o medo de sufocamento, de injeção e de ser tocado por um estranho, os quais estão entre os mais relatados entre as crianças, podem ser relacionados ao atendimento odontológico (MILGROM et al., 1995; MORAES et al., 2004).

Um modelo cíclico do medo, apresentado por Weinstein (1990), descreveu que as doenças bucais em estágio avançado podem levar à necessidade de realização de tratamentos invasivos, os quais poderiam desencadear dor e/ou desconforto, o que conseqüentemente resultaria em medo, reforçando a evasão do consultório. Desta maneira, o círculo vicioso do medo ocorre quando o paciente sente medo da dor, evita o tratamento odontológico e, por conseguinte, sente ainda mais dor. Isto é constatado

pelos estudos em que os autores demonstram que pessoas com medo odontológico evitam a consulta com o dentista e conseqüentemente o tratamento dentário (COLARES et al., 2004; COLARES; CARACIOLO, 2005; VAN WIJK; HOOGSTRATEN, 2005; LEE; CHANG; HUANG, 2008; OLIVEIRA; COLARES; CAMPIONI, 2009,).

A prevalência do medo odontológico infantil varia de acordo com o estudo, compreendendo entre 10% e 45% (MAJSTOROVIC et al., 2001; ASHKENAZI; FAIBISH; SARNAT, 2002; TEN BERGE et al., 2002; MILSOM et al., 2003; RIBAS; GUIMARÃES; LOSSO, 2006; LEE; CHANG; HUANG, 2007; NUTTALL; GILBERT; MORRIS, 2008; OLIVEIRA; COLARES, 2009).

Os métodos de avaliação do medo odontológico variam de acordo com o estudo, sendo encontrado na literatura instrumentos como “Children’s Fear Survey Schedule Dental Subscale - CFSS-DS” (TEN BERGE et al., 2002; LEE; CHANG; HUANG, 2007, 2008; LUOTO et al., 2009) e “Corah’s Dental Anxiety Scale – C-DAS” (MAJSTOROVIC et al. 2001, ASHKENAZI; FAIBISH; SARNAT, 2002, RAMOS-JORGE et al., 2004; RIBAS; GUIMARÃE; LOSSO, 2006). Entretanto, perguntas individuais ou instrumentos de uma única questão foram utilizados para mensurar este tipo de medo (TEN BERGE, et al., 2002; MILSON et al., 2003; NUTTALL; GILBERT; MORRIS, 2008; OLIVEIRA; COLARES, 2009; TICKLE et al., 2009).

No presente estudo optou-se por utilizar um instrumento com uma única questão (Dental Anxiety Question – DAQ) (NEVERLIEN, 1990) pois outros métodos de avaliação podem ser longos, o que inviabilizaria sua utilização. Além disso, como a pesquisa envolve crianças pequenas, se faz necessário o uso de um instrumento que a mãe seja a respondente.

O medo infantil pode ser atribuído a experiências diretas, isto é, por fatos vivenciados pela criança, ou indiretas (OLLENDICK; KING, 1991; SINGH; MORAES; AMBROSANO, 2000). Indiretamente a criança pode adquirir algum medo através da modelagem ou por informações adquiridas pelos familiares, amigos e meios de comunicação. Entretanto, o somatório dessas duas vias de aprendizado do medo, seja direta ou indireta, parecem ser sinérgicas (OLLENDICK; KING, 1991).

A etiologia do medo odontológico infantil é multifatorial sendo que pode estar relacionada ao sexo da criança (MILGROM et al., 1995; CHAPMAN; KIRBY-TURNER,

1999; TICKLE et al., 2009), à idade (MILGROM et al., 1995; CHAPMAN; KIRBY-TURNER, 1999; LEE; CHANG; HUANG, 2008; OLIVEIRA; COLARES, 2009), à regularidade das consultas odontológicas (MILSOM et al., 2003; LEE; CHANG; HUANG, 2008; NUTALL; GILBERT; MORRIS, 2008; TICKLE et al., 2009), ao medo odontológico dos pais (MAJSTOROVIC et al., 2001; MILSOM et al., 2003; TICKLE et al., 2009), às experiências odontológicas passadas (ASHKENAZI; FAIBISH; SARNAT, 2002; MILSOM et al., 2003; LEE; CHANG; HUANG, 2008; NUTALL; GILBERT; MORRIS, 2008; OLIVEIRA; COLARES, 2009; TICKLE et al., 2009), às experiências médicas (CHAPMAN; KIRBY-TURNER, 1999; MAJSTOROVIC et al., 2001), ao estado de saúde bucal da criança (MILGROM et al., 1995, NUTALL; GILBERT; MORRIS, 2008), à dor dentária (OLIVEIRA; COLARES, 2009) e a fatores relacionados ao profissional (ASHKENAZI; FAIBISH; SARNAT, 2002).

Chapman e Kirby-Turner (1999) ainda relacionam cinco fatores que seriam importantes na etiologia e na perpetuação do medo odontológico, sendo eles, o medo da dor ou sua antecipação, a falta de confiança ou o medo da traição, o medo da perda de controle, o medo do desconhecido e o medo de invasão.

Sabendo que o estilo da família e os padrões de criação dos filhos podem ser diretamente relacionados com o comportamento das crianças, necessita-se investigar a correlação entre a família e fatores relacionados ao medo odontológico da criança (MORAES et al., 2004). Isto pode ser justificado pelo fato de ocorrer uma franca tendência de a criança adotar os medos de seus pais, seja por identificação ou por aprendizagem observacional (MUSSEN; CONGER; KAGAN, 1977).

Assim sendo, é importante discutir que uma parcela considerável dos pais relata sofrer de algum grau de medo odontológico (COLARES et al., 2004, OLIVEIRA; COLARES; CAMPIONI, 2009; TICKLE et al., 2009), e que a ansiedade dos cuidadores é um fator que pode estar relacionado com a ansiedade das crianças (MILGROM et al., 1995; MILSOM et al., 2003; LEE; CHANG; HUANG, 2008).

O próprio medo dos pais pode justificar o não comparecimento dos mesmos ao serviço odontológico (COLARES et al., 2004) ou poderia afetar a procura pelo atendimento odontológico para a criança (NUTALL; GILBERT; MORRIS, 2008).

A atitude e o conhecimento dos pais e a valorização que os mesmos atribuem à dentição decídua são importantes fatores no desenvolvimento de doenças bucais (SCHROTH; BROTHWELL; MOFFATT, 2007). Reisine et al. (2008) identificaram que o estado de saúde bucal do cuidador pode ser significativamente relacionado com as lesões de cárie nas crianças.

Por tudo que foi exposto, considera-se que, além do medo odontológico ter um efeito negativo na qualidade de vida das crianças relacionada à saúde bucal (LUOTO et al., 2009), ele pode refletir no comparecimento do paciente ao consultório e conseqüentemente repercutir na saúde bucal.

A identificação dos sentimentos apreensivos e a necessidade de compreender e adaptar desse paciente à clínica odontológica infantil faz parte da rotina dos Odontopediatras. Assim sendo, estudar as questões emocionais envolvidas no processo odontológico pode determinar o sucesso do tratamento e, conseqüentemente, refletir na saúde bucal da criança.

Diante disto, é importante estudar o medo odontológico infantil e identificar as variáveis associadas a este comportamento para fornecer subsídios aos profissionais da saúde e auxiliar na gestão de medidas preventivas das reações indesejadas frente ao atendimento odontológico.

1.2 Hipótese

O medo odontológico infantil está associado a alguns agravos bucais, ao medo odontológico materno e às condições socioeconômicas desfavoráveis.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral:

Estimar a prevalência e os fatores associados ao medo odontológico entre crianças pré-escolares.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Verificar a associação entre o medo odontológico da criança e as características demográficas e os aspectos socioeconômicos;
- Testar associação do medo odontológico da criança com os agravos de saúde bucal da criança e da mãe, com o medo odontológico materno e com as experiências odontológicas prévias da criança.

1.4 Métodos

1.4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório transversal de saúde bucal aninhado em uma coorte de nascimentos iniciada em Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2004.

1.4.2 Localização e descrição da População alvo

O estudo será realizado na zona urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. O município apresenta uma população de 339.934 habitantes (IBGE, 2009).

A população alvo será constituída por crianças de 5 anos de idade, pertencentes ao estudo de coorte de nascidos vivos na cidade de Pelotas em 2004.

No ano de 2004 nasceram 4.558 crianças na cidade de Pelotas. Dos 4.263 recém-nascidos nativos da zona urbana, 4.231 foram avaliados dentro das primeiras 24 horas após o parto, 3.985 receberam a visita aos 3 meses de idade e 3.907 foram acompanhadas aos 12 meses de idade. A redução deu-se em vista das perdas, recusas ou óbitos (BARROS et al., 2006).

Durantes estes acompanhamentos foram coletadas informações a respeito das condições socioeconômicas da família, de questões relativas à mãe (história reprodutiva, uso de medicamentos e condições demográficas), da história do parto e gestação (características e hábitos de vida da mãe), além de informações sobre a criança (exame físico do recém-nascido, utilização de serviços de saúde, hábitos, amamentação, entre outros) (BARROS et al., 2006).

A presente pesquisa, que apresenta como desfecho principal o medo odontológico infantil, faz parte de um Estudo de Saúde Bucal (ESB), o qual está inserido no estudo de coorte de nascidos vivos de 2004.

O ESB foi composto de aplicação de um questionário e de exames odontológicos no domicílio das crianças, realizados com objetivo de estimar os índices de cárie dentária na dentição decídua: ceo-d e ceo-s (GRUBELL, 1944), ambos modificados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997). Adicionalmente registraram-se os problemas oclusais presentes através de dois critérios diagnósticos (FOSTER; HAMILTON 1969; WHO, 1997), a presença de placa dentária, de lesões fundamentais de tecidos moles, o estágio de erupção dos primeiros molares permanentes (BASTOS et al. 2007) e presença de manchas negras dentárias.

1.4.3 Cálculo e seleção da amostra

Todas as crianças nascidas vivas em Pelotas no ano de 2004 de 1 de setembro a 31 de dezembro e que são acompanhadas no referido estudo de coorte, foram elegíveis para participar do estudo de saúde bucal (n=1.100).

Esta amostra foi suficiente para se estimar proporções de medo odontológico igual a 30% com um erro amostral de três pontos percentuais. Em adição, o tamanho amostral obtido é suficiente para testar associações com poder de pelo menos 80%, para detectar como significantes riscos relativos de 2 ou mais, considerando-se uma prevalência de desfechos de 5% nos não expostos às condições diversas de investigação e utilizando um nível de significância de 5%.

1.4.4 Coleta de dados

Uma secretária agendou as visitas domiciliares com as mães por meio de contato telefônico de setembro de 2009 a janeiro de 2010.

A equipe de campo foi composta por 8 entrevistadores/examinadores e 8 anotadores, respectivamente, Cirurgiões-dentistas alunos da pós-graduação e alunos da graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

Após os responsáveis concordarem com a participação na pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), foi realizado a aplicação do questionário padrão (Apêndice B), seguido do exame clínico bucal, sendo utilizada ficha clínica padronizada (Apêndice C).

Estima-se um tempo aproximado de 20 minutos entre a aplicação do questionário e a realização do exame clínico, sendo que ocorreu cerca de 10 exames por semana, para cada dupla de examinador/anotador.

Foi sorteada uma amostra de 10% dos indivíduos entrevistados, aos quais foi aplicado um questionário reduzido pelos supervisores, através de contato telefônico, com a finalidade de aferir a qualidade da coleta de dados.

1.4.5 Treinamento e Calibração

Oito dentistas, estudantes de Pós Graduação da Faculdade de Odontologia - UFPel, foram selecionados para participarem do treinamento, afim de serem os examinadores do trabalho de campo.

O treinamento constou de 04 horas de aula teórica e 04 horas de aula prática. Na teoria, discutiram-se os critérios diagnósticos que seriam utilizados, bem como as peculiaridades inerentes a cada um dos índices, através de aula expositiva, fornecida pelos pesquisadores com experiência de trabalho neste tipo de avaliação, utilizando-se de recursos visuais multimídia.

No exercício prático, cada indivíduo examinou 4 pacientes (idade entre 4 e 5 anos), sempre supervisionados pelos pesquisadores responsáveis. Em cada situação de dúvida, o grupo inteiro participava da discussão, a fim de padronizar os critérios.

Durante o período de treinamento e calibração esteve presente também um examinador treinado previamente pelos pesquisadores responsáveis a fim de participar do processo como “padrão ouro” dos critérios avaliados.

No período de treinamento e calibração, oito estudantes de Odontologia, cursando entre o 3º e o 10º semestres, foram incluídos para realizarem a tarefa de anotador, formando duplas com os Cirurgiões-dentistas.

Foram utilizados os seguintes índices: cárie dentária (índice ceo-s (WHO 1997), presença de placa (Índice de Higiene Oral Simplificado - IHOS), lesões de tecidos moles (presença ou ausência, tipo, tamanho e localização da lesão), estágio de erupção dos primeiros molares permanentes superiores e inferiores, análise da oclusão (chave de caninos, sobressaliência, sobremordida e mordida cruzada posterior) e oclusão segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1997).

Para a etapa da calibração cada examinador avaliou 34 crianças, com faixa etária entre 4 e 5 anos. Esta fase foi executada em creches do município de Pelotas, em quatro turnos de 04 horas subseqüentes. Para a verificação da consistência interna da equipe, foi utilizado o índice Kappa às variáveis categóricas dicotômicas, índice Kappa ponderado para as variáveis categóricas politômicas ordinais e coeficiente de correlação intraclasse para as variáveis numéricas. Os resultados de cada examinador foram comparados com o do padrão ouro.

Todos os itens foram avaliados durante a calibração, entretanto, cabe ressaltar que neste estudo o índice utilizado será relativo à cárie dentária (ceo-s), sendo que os valores de coeficiente de relação intra-classe variaram entre 0,93 e 1,00.

Uma vez que quatro examinadores não atingiram valores aceitáveis para o índice Kappa em alguns dos itens avaliados, uma nova calibração foi realizada com os mesmos, precedida pela exposição e discussão de casos clínicos, refletindo situações que geraram confusão, identificadas a partir de análise das fichas dos pacientes examinados na primeira etapa de calibração.

A segunda calibração não teve participação do examinador “padrão ouro” sendo feita pelo método do consenso. Neste método, após cada rodada de exames, o grupo de examinadores se reúne e, discutindo as divergências, criam a chamada “ficha padrão” com a qual os resultados são comparados. Através deste método, a concordância dos examinadores aumenta a cada rodada de exames devido a contínua discussão e fixação dos critérios adotados pela equipe.

Previamente à realização da pesquisa foi executado um estudo piloto para testar a compreensão das questões, estimar o tempo de execução do exame e aplicação do questionário e identificar possíveis problemas com o questionário, além de testar a organização final do trabalho de campo.

O piloto foi realizado com 50 crianças (cerca de 5% da amostra), com faixa etária entre 4 e 5 anos e não pertencentes à amostra, em escolas municipais. Além disso, o questionário foi aplicado a 20 mães com filhos na faixa etária similar a da população em estudo, a fim de verificar a compreensão com relação às perguntas, sendo que nenhum problema ocorreu por parte dos entrevistados.

1.4.6 Aplicação do questionário

O questionário contendo setenta e cinco questões (Apêndice B) foi aplicado em forma de entrevista, na residência das crianças e em horário pré-agendado, sendo dirigido à mãe ou responsável.

Informações sobre a percepção da situação de saúde bucal das crianças, acesso e utilização de serviços odontológicos da mãe e da criança, local do serviço odontológico utilizado, razões principais que motivaram a primeira e a última consulta odontológica, episódios de dor de origem dentária, hábitos relacionados à alimentação e higiene bucal, informações sobre o medo odontológico da criança e da mãe, além de questões relativas à saúde bucal materna, foram investigadas.

Foram avaliados ainda hábitos comportamentais relacionados à alimentação e higiene bucal, tipo de água utilizada para beber e para o preparo de alimentos e o conhecimento do responsável a respeito da prevenção da cárie. Todos os instrumentos foram pré-testados.

1.4.7 Exame clínico

O exame clínico visual ocorreu na residência das crianças, obedecendo a uma rotina previamente estabelecida de acordo com o treinamento e seguindo a ordem da ficha clínica (Apêndice C).

Os examinadores utilizaram luvas e máscara descartáveis, espelho clínico, sonda periodontal, gaze e fotóforo para auxiliar na iluminação, sendo que as crianças foram posicionadas à frente do examinador, de forma que facilitasse a visualização intrabucal.

Todo material de exame foi acondicionado em embalagens descartáveis e esterilizado em autoclaves da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sendo todas as normas de biossegurança rigorosamente seguidas pela equipe. O lixo contaminado foi desprezado na Faculdade de Odontologia, em local adequado.

1.5 Variáveis

1.5.1 Variável dependente

Para avaliação do medo odontológico da criança foi utilizado um instrumento com uma única questão (DAQ: Dental Anxiety Question) (NEVERLIEN, 1990), modificado por Oliveira e Colares (2009), através da seguinte pergunta: “A Sra. acha que <a criança> tem medo de ir ao dentista?”. Os participantes que responderem “Um pouco”, “Sim” ou “Sim, muito” serão considerados com medo, de acordo com Oliveira e Colares (2009).

1.5.2 Variáveis exploratórias principais

1.5.2.1 Variáveis Socioeconômicas:

a) Renda

A renda familiar per capita foi avaliada ao nascimento.

b) Escolaridade

A escolaridade materna, investigada ao nascimento das crianças, foi avaliada em anos de estudo.

1.5.2.2 Condições de saúde bucal e agravos bucais:

a) Condições de saúde bucal da criança:

Será avaliada de acordo com os índices de cárie (ceo-s e ceo-d) através do exame clínico/epidemiológico.

b) Dor dentária da criança:

Será avaliada a ocorrência de dor dentária nas últimas 4 semanas e nos últimos 6 meses anteriores à entrevista.

c) Regularidade do atendimento odontológico materno:

Quatro opções de rotinas de consultas foram dadas às entrevistadas: (1) *“Eu nunca vou ao dentista”*; (2) *“Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva”*; (3) *“Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não”*; (4) *“Eu vou ao dentista de forma regular”*. Serão consideradas usuárias regulares aquelas que escolheram a opção três ou quatro, conforme estudos anteriores (GILBERT; SHELTON; DUNCAN, 2002, CAMARGO; DUMITH; BARROS, 2009).

d) Condições de saúde bucal da mãe

Será avaliada segundo a autopercepção da entrevistada, de acordo com a questão: *“Comparando com as pessoas da sua idade, a Sra. considera a saúde bucal dos seus dentes, da boca e das gengivas:”*, cujas possibilidades de respostas são (0) “Muito boa”, (1) “Boa”, (2) “Regular”, (3) “Ruim” e (4) “Muito ruim”.

As respostas serão categorizadas em “boa saúde bucal”, caso respondam as alternativas 0,1 e 2 e “saúde bucal ruim” se responderem 3 ou 4.

1.5.2.3 Medo odontológico materno:

O medo odontológico da mãe será avaliado através do instrumento DAQ (NEVERLIEN, 1990) através da pergunta: *“A Sra. tem medo de ir ao dentista?”*. As possibilidades de resposta são: (0) *“Não”*, (1) *“Um pouco”*, (2) *“Sim”* e (3) *“Sim, muito”*.

Serão classificados com medo odontológico as respondentes das alternativas 1, 2 e 3, como descrito anteriormente.

1.5.2.4 Experiências odontológicas:

As experiências odontológicas da criança poderão ser avaliadas através das questões:

- “A <criança> já consultou alguma vez com o dentista?”;
- “Quantos anos tinha a criança quando foi ao dentista pela primeira vez?”;
- “Qual o principal motivo desta consulta?”. A alternativa “Consulta de rotina/manutenção”, será considerada “procedimento preventivo”, as alternativas “Dor”, “Dente quebrado/trauma” e “Rosto inchado” serão classificadas como “procedimentos de urgência” e “Cavidades nos dentes/cárie/restauração/obturaçã”, “Ferida, caroço ou manchas na boca”, “Tirar um dente que estava mole” e “Extrações/arrancar o dente (devido à cárie)” serão consideradas “procedimentos curativos”;
- “Onde <a criança> foi atendida?”. As alternativas “Posto de Saúde”, “Faculdade de odontologia” e “Escola que a criança estuda” serão consideradas atendimento no serviço público.

1.5.3 Potenciais fatores de confusão

Serão avaliados o sexo e a cor da pele da criança.

1.5.4 Categorização das exposições estudadas

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO	CATEGORIA
Sexo	Categórica-Nominal Dicotômica	Masculino=0 Feminino=1
Cor da pele	Categórica Nominal Politômica	Branca=0 Parda=1 Preta=2
Escolaridade materna	Categórica Ordinal	Mais de 8 anos=0 Entre 4 e 8 anos=1 Até 4 anos=2
Renda Familiar ao nascimento	Quantitativa Contínua	Em Reais
Medo odontológico da mãe	Categórica – Nominal Dicotômica	Não=0 Sim=1
Experiência de Consulta odontológica	Categórica – Nominal Dicotômica	Não=0 Sim=1
Idade da primeira consulta odontológica	Quantitativa discreta	Em meses
Motivo da Primeira consulta	Categórica Nominal Politômica	Prevenção = 0 Curativo =1 Urgência =2
Local do primeiro atendimento odontológico	Categórica- Nominal Politômica	Privado=0 Convênio=1 Público=2
Cárie	Quantitativa discreta	Nº superfícies cariadas

Dor nos últimos 6 meses	Catagórica-Nominal Dicotômica	Não = 0 Sim = 1
Regularidade do atendimento odontológico da mãe	Catagórica- Nominal Dicotômica	Frequente = 0 Infrequente =1
Condição de saúde bucal materna (autorrelato)	Catagórica Nominal Dicotômica	Boa Ruim

Fig. 1 – Classificação e categorização das variáveis estudadas.

1.6 Análise dos dados

Será elaborado um banco de dados no programa Epiinfo 6.04, digitado em duplicidade e independentemente. Será realizada a distribuição de freqüências dos elementos da coorte com cada variável estudada permitindo, assim, a caracterização da população. Serão calculadas as distribuições de freqüência, medidas de tendência central e dispersão dos desfechos investigados. Testes de associação pelo Qui-quadrado, para avaliar o relacionamento entre as variáveis dependentes (separadamente) e as variáveis independentes serão realizados. A seguir proceder-se-á a análise dos fatores de risco através de modelos de regressão logística multivariável não condicional univariados e múltiplos (HOSMER; LEMESHOW, 1989). Para avaliar o ajuste do modelo final será utilizado o teste de Hosmer e Lemeshow (HOSMER; LEMESHOW, 1989). Alternativamente, se os desfechos apresentarem uma freqüência acima de 10%, será utilizada a regressão de Poisson possibilitando a estimativa direta de razões de prevalências, ao invés das razões de chance (BARROS; HIRAKATA, 2003).

1.7 Aspectos éticos

Conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, tendo seu parecer de aprovação sob o N° 100/2009 (Anexo A).

Além disso, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais ou responsáveis que aceitaram participar do estudo (Apêndice A).

Aos pais das crianças que apresentaram algum tipo de problema odontológico foi fornecida uma ficha descrevendo quais as necessidades de tratamentos dentários e,

além disso, foram encaminhadas para a clínica odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, sendo atendidas as crianças que procuraram este serviço. Todas as crianças receberam um conjunto contendo escova dentária e dentifrício fluoretado.

1.8 Orçamento

Itens	Quantidade	Valor (Reais)
1-Espátulas de madeira	18 pacotes	40,80
2-Gaze	3 pacotes	85,00
3-Material para autoclavagem	1100 peças	1.420,00
4-Pilhas	60 unidades	240,00
5-Luvas	32 caixas	484,00
6-Toucas	240 unidades	350,00
7-Toalhas de papel	40 rolos	80,00
8-Jalecos	8 unidades	160,00
9-Sacos de lixo	360 unidades	90,00
10-Elaboração de folders com os resultados	1000 folders	3.200,00
13-Material de escritório	10 conjuntos	2.000,00
14-Passagem aérea Florianópolis/Porto Alegre/Florianópolis	8 passagens	2.560,00
15-Passagem rodoviária Porto Alegre/Pelotas/Porto Alegre	8 passagens	800,00
16- Escovas dentais e dentifrícios	1000	3.000,00
18-Diárias para os dias de treinamento, calibração e atividades de campo (supervisor de campo)	55 dias	6.680,25 (tabela diária progressiva CNPq)
19-Digitador	1	754,00
20-Examinadores/entrevistadores de campo	8 equipes (total de entrevistas/exames=1100)	41.800,00 (valor base R\$ 38,00 por visita domiciliar por dupla incluindo transporte)
22-Secretaria	1	2.898,12 (12 meses)
TOTAL CUSTEIO		66.642,17
CAPITAL		
11- Carregador Power Charger 2100MAH + 4 Pilhas AA - Sony - cod. 0509001	4 conjuntos	276,00
16- Notebook XPS™ M1330 RED™	1 unidade	6.000,00
17-Máquina fotográfica digital Sony DSC H9, 8,1 mp.	1 unidade	3.079,99
21-Publicação de artigos em periódicos com acesso livre	2	4.000,00
TOTAL CAPITAL		13.355,99
TOTAL GERAL		79.998,16

2 Relatório de campo

Após as atividades de treinamento e calibração, entre os meses de julho e agosto de 2009, as equipes que realizaram o trabalho de campo receberam um manual, para esclarecer as possíveis dúvidas referentes ao exame clínico e entrevista. Os entrevistadores foram orientados a levá-lo durante as visitas domiciliares, as quais ocorreram entre outubro e dezembro de 2009, e consultá-lo sempre que necessário. Além disso, as equipes receberam uniformes para auxiliá-los na sua identificação nas ruas da cidade. Crachá de identificação e carta de apresentação da pesquisa eram itens obrigatórios que sempre deveriam ser levados nas entrevistas.

Neste período, reuniões semanais foram realizadas para esclarecimento de dúvidas com os coordenadores, para o recolhimento dos questionários aplicados durante a semana e para distribuição de novos materiais (questionários, instrumental a ser usado nos exames e etc). Qualquer problema ocorrido também era colocado em pauta.

Foi perguntado aos pais/cuidadores das crianças se alguém na família possuía e-mail, visando obter outro canal de contato entre os membros da coorte e o Centro de Pesquisa em Epidemiologia.

As equipes que executaram o trabalho tiveram uma boa receptividade das famílias. Como as crianças são participantes do estudo de coorte desde o nascimento, os responsáveis estão habituados com tais visitas domiciliares. Além disso, houve agendamento prévio por telefone, o que facilitou que a entrevista e exame ocorressem em um horário mais adequado aos respondentes.

Foi realizado um controle de qualidade, realizado em 15% da amostra por uma supervisora, através de telefonema com intervalo médio de 10 dias após a data da entrevista. Neste momento foi coletada a opinião dos pais/cuidadores a respeito do trabalho realizado pela equipe e se havia algo que eles gostariam de reclamar. A

totalidade das respostas foi positiva e, quando questionados qual avaliação eles dariam para o trabalho realizado pela equipe, a média da nota para o trabalho dos examinadores foi 9,8, com notas variando de 7 a 10. Pode-se observar que os indivíduos receberam muito bem o acompanhamento, sendo que frases como estas foram bastante frequentes: “não tenho nada a reclamar, apenas a agradecer”, “eu pude tirar muitas dúvidas”, “para mim foi muito importante”, “eu achei que meu filho tivesse medo, mas depois desta visita eu vi que não”, “para ser sincera, às vezes o meu filho não escovava o dente para dormir, eu tinha preguiça, mas agora ele mesmo pede para escovar”.

Ocorreram apenas quatro recusas, além das demais perdas e recusas dos acompanhamentos anteriores. Cinquenta e cinco crianças nesta amostra moravam fora de Pelotas e, por motivos de logística, os entrevistadores não foram até estas cidades, embora tenha sido feito contato com algumas para verificar a possibilidade da criança estar vindo a Pelotas durante o período do estudo.

O processo de digitação dos dados ocorreu simultaneamente com o trabalho de campo e foi realizado por dois digitadores com experiência no ramo. Os questionários foram digitados em lotes de 50 por dois digitadores e posteriormente feito o *validate*, sendo que os erros foram identificados e devidamente corrigidos.

Durante a análise, a dicotomização do desfecho foi alterada. Com relação à pergunta “A sra. acha que a criança tem medo de ir ao dentista?”, as respostas “Não” e “Sim, um pouco” foram categorizada sem medo. Esta modificação ocorreu por acreditar-se que os baixos níveis de medo sejam compatíveis com o desenvolvimento normal das crianças na faixa etária dos 5 anos de idade. Além disso, a literatura aponta que indivíduos que apresentam pouco medo não sofrem interferência no comportamento durante as consultas odontológicas ou não evitam a procura pelo dentista.

3 Artigo*

Medo de dentista na infância: prevalência e fatores associados em uma coorte de nascimentos no sul do Brasil.

Renata da Luz Ferro¹, Dione Dias Torriani¹, Karen Glazer Peres², Maria Laura Menezes Bonow¹.

¹Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

²Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Running title: Medo de dentista em crianças aos 5 anos de idade.

Autor Correspondente:

Dra. Dione Dias Torriani

e-mail: dionedt@gmail.com

Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Odontologia

Rua Gonçalves Chaves, 457, 5º andar – Centro

CEP: 96.015-560 Pelotas – RS

* Artigo a ser submetido ao periódico International Journal of Paediatric Dentistry

Resumo

Considerando que o medo ao tratamento odontológico pode ser uma barreira para a realização de tratamentos dentários e influenciar negativamente a saúde bucal das crianças, é importante investigar quais fatores estão mais associados a esta condição.

Objetivo: Descrever a prevalência do medo de dentista em crianças de 5 anos de idade e explorar sua associação com os fatores relacionados diretamente à criança e com as variáveis indiretas, especialmente relacionadas à mãe. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal, aninhado em uma coorte de nascimentos iniciada em 2004 em Pelotas, RS, Brasil. No quinto ano de vida uma amostra (n = 1129) foi investigada sobre medo ao tratamento odontológico mensurado através do instrumento *Dental Anxiety Question* (DAQ). Investigou-se as características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e uso do serviço odontológico da mãe, além das variáveis demográficas, experiências odontológicas e condições bucais da criança. **Resultados:** A prevalência do medo de dentista da criança foi de 16,8% (IC 95%: 14,6-19,0). No modelo final foram incluídas as seguintes variáveis, associadas ao desfecho: escolaridade materna e renda familiar, sexo da criança, motivo, local e idade da criança durante a primeira consulta com o dentista, ter tido alguma experiência odontológica, além da presença de cárie e dor. Após análise ajustada, mostraram-se associadas ao desfecho as seguintes condições: a presença de cárie, o sexo feminino e a baixa renda familiar. As condições maternas, como a saúde bucal, as experiências odontológicas e o medo de dentista não estiveram associados a este sentimento da criança. **Conclusão:** o medo de dentista aos 5 anos de idade esteve mais associado às condições diretamente relacionadas à própria criança. Entre as variáveis indiretas, relacionadas à mãe, apenas a renda familiar parece influenciar o medo de dentista aos 5 anos de idade.

Palavras-chave: Criança. Medo ao tratamento odontológico. Prevalência. Estudos epidemiológicos.

Introdução

Sentimentos negativos associados ao dentista ou ao tratamento dentário têm sido apontados como um dos problemas mais indesejados que acometem a clínica odontopediátrica^{1,2,3,4}. O medo ou a ansiedade da criança relacionados ao tratamento odontológico podem inibir a visita ao dentista^{5,6}, ou originar problemas no comportamento^{2,3,5,7,8}, influenciando de forma negativa sua saúde bucal e bem-estar^{2,8,9,10,11}. Existe alguma evidência de que este sentimento pode permanecer ao longo dos anos^{12,13}, parecendo ser mais intenso se adquirido durante a infância¹⁴.

Os estudos que avaliaram o medo da criança relacionado ao tratamento odontológico apontaram uma etiologia multifatorial^{1,12,15,16}, contribuindo para isso as experiências diretas, isto é, os fatos vivenciados pela própria criança, ou indiretas, representadas pelas condições familiares ou ambientais

Entre os fatores diretos, as condições de saúde bucal das crianças são as mais investigadas, como a cárie⁵, a dor dentária¹ e as experiências odontológicas^{11,12,17,18}, as quais são situações que podem afetar a vida cotidiana do paciente infantil e apresentar associação com o medo de dentista.

Características familiares, como as condições socioeconômicas^{1,11,15,18,19}, também estão associadas a este medo durante a infância, assim como a irregularidade das consultas odontológicas dos responsáveis¹¹. Adicionalmente, os estudos demonstram que uma parcela significativa dos pais apresenta algum grau de medo relacionado ao tratamento odontológico^{5,13,20,21,22}, o qual poderia influenciar na aquisição do medo de dentista das crianças.

Apesar de existir uma associação do estado de saúde bucal ruim dos cuidadores com a maior experiência de cárie²³ e dor dentária nos filhos¹, são escassos os estudos que destacam a relação do medo ao tratamento odontológico na infância com as condições odontológicas dos pais¹¹.

Reconhecendo que as mães estão mais envolvidas com os cuidados de saúde bucal das crianças, é possível considerar que suas atitudes e conhecimentos possam determinar não apenas as condições de saúde bucal dos filhos, mas também os sentimentos das crianças em relação ao tratamento odontológico. Isto pode ser mais

intenso durante a infância devido ao aprendizado através da observação, o qual ocorre nesta fase da vida. Apesar disso, autores indicam que estes processos, de via indireta na aquisição de conhecimento e atitudes, têm sido considerados menos importantes do que as experiências próprias da criança^{19,24}.

Considerando as implicações clínicas do medo odontológico na infância, a possibilidade de investigar conjuntamente os fatores diretos e indiretos associados a esta condição permite identificar estratégias para sua prevenção, contribuindo para melhoria das condições de saúde bucal na infância e, conseqüentemente, na vida adulta.

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência do medo de dentista em crianças de 5 anos de idade, além de explorar sua associação com os fatores relacionados diretamente à criança e com as variáveis indiretas, especialmente relacionadas à mãe.

Material e métodos

Amostra

O presente estudo foi realizado a partir dos dados oriundos da Pesquisa de Saúde Bucal inserida na coorte de nascidos vivos de Pelotas, RS, Brasil, 2004. Todas as crianças nascidas na zona urbana dos municípios de Pelotas e Capão do Leão no ano de 2004 foram identificadas e suas mães convidadas a participar do estudo de coorte. Do total de 4.558 crianças, cerca de 99% foram acompanhadas logo após o nascimento, 96% aos três meses e 94% aos 12 meses de idade, conforme metodologia descrita anteriormente²⁵.

Para este estudo de saúde bucal (SB-04) foram elegíveis todas as crianças nascidas entre os meses de agosto e dezembro de 2004 e que tinham sido acompanhadas aos 12 meses de idade (n= 1303). Esta amostra foi suficiente para verificar a prevalência do medo relacionado ao tratamento odontológico, estimada em 30%, admitindo-se um erro igual a 3 pontos percentuais, um nível de confiança de 95%

e considerando-se 30% a mais para testar as associações desejadas e controlar as possíveis variáveis de confusão.

O SB-04 foi realizado no período entre setembro e dezembro de 2009, enquanto as crianças apresentavam 5 anos de idade.

Questionário

O desfecho “medo relacionado ao tratamento odontológico” foi investigado através do *Dental Anxiety Question (DAQ)*²⁶ conforme Oliveira e Colares (2009)¹, através da pergunta “*A Sra. acha que a criança tem medo de ir ao dentista?*”, apresentando as seguintes possibilidades de resposta: (1) Não, (2) Sim, pouco, (3) Sim e (4) Sim, muito. Foram consideradas com medo aquelas que selecionaram as opções três ou quatro.

Informações sobre a mãe, como cor da pele, renda familiar e escolaridade, foram coletadas ao nascimento da criança.

A autopercepção de saúde bucal materna foi investigada através da seguinte pergunta: “*Comparando com as pessoas da sua idade, como a Sra. considera a saúde dos seus dentes, boca e gengivas?*”: (0) muito boa, (1) boa, (2) regular, (3) ruim ou (4) muito ruim. As respostas foram categorizadas em: “muito boa/boa”, “regular” e “ruim/muito ruim”.

Para avaliar a utilização dos serviços odontológicos foi solicitado que a mãe descrevesse a frequência de suas próprias consultas. As possíveis respostas eram: (1) Eu nunca vou ao dentista, (2) Eu vou ao dentista quando tenho dor ou algum problema nos meus dentes, (3) Eu vou ao dentista às vezes, tendo problema ou não e (4) Eu vou ao dentista de maneira regular. Enquanto a opção (1) foi categorizada em “sem atendimento odontológico”, a resposta (2) foi classificada como “atendimento irregular”, e as opções (3) e (4) em “atendimento regular”.

As variáveis relacionadas à criança, como as características demográficas e as experiências odontológicas, foram avaliadas através de questões direcionadas às mães. O motivo da primeira consulta odontológica recebeu a seguinte categorização: as respostas “Consulta de rotina/manutenção” foram consideradas como “atendimento preventivo”, as opções “Extrações/cárie/cavidade/restauração/Feridas na boca” foram

classificadas como “tratamento curativo”, enquanto que as respostas “Dor/Dente quebrado/traumatismo/Rosto inchado” foram classificadas como “consultas de urgência”.

A dor dentária foi registrada de acordo com a pergunta direcionada à mãe: “Nos últimos 6 meses a criança sentiu dor de dente?”, tendo como opções de resposta (0) Não e (1) Sim.

Para controle de qualidade foi aplicado um questionário reduzido, de forma aleatória, em 15% da amostra dos indivíduos entrevistados, através de contato telefônico.

Exame Clínico

A cárie dentária foi avaliada através do Índice ceo-s, analisados segundo critérios da Organização Mundial da Saúde²⁷.

O treinamento e a calibração dos dentistas ocorreram previamente ao trabalho de campo, com 100 crianças de idade semelhante às pesquisadas, porém não incluídas na amostra. A reprodutibilidade diagnóstica para cárie foi aferida, sendo que coeficiente de correlação intra-classe mínimo obtido entre os examinadores foi igual a 0,93.

Tanto o exame quanto a entrevista foram realizados no domicílio dos participantes, durante uma única visita, por uma equipe de campo composta por oito dentistas examinadores, estudantes de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), e oito entrevistadores. As crianças foram examinadas sentadas, sob luz artificial (fotóforo), estando os examinadores devidamente paramentados e seguindo os procedimentos de biossegurança.

Métodos Estatísticos

Os dados foram duplamente digitados no programa estatístico Epi-Info 6.04, com verificação de consistência. A análise estatística foi conduzida no programa Stata 9.0. Associações bivariadas e multivariadas entre a prevalência do medo de dentista da criança e as variáveis independentes foram testadas usando o modelo de regressão de Poisson. As variáveis cujo valor de p foi igual ou menor do que 0,25 foram incluídas no modelo multivariado e mantidas se permanecessem significativas. Essas análises seguiram uma estrutura hierárquica de acordo com um modelo teórico (Figura 1).

Considerações Éticas

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFPel sob o parecer N° 100/2009 e os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as crianças receberam um conjunto com dentifrício e escova dental e, aquelas que necessitavam de tratamento odontológico, foram encaminhadas à Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia da UFPel.

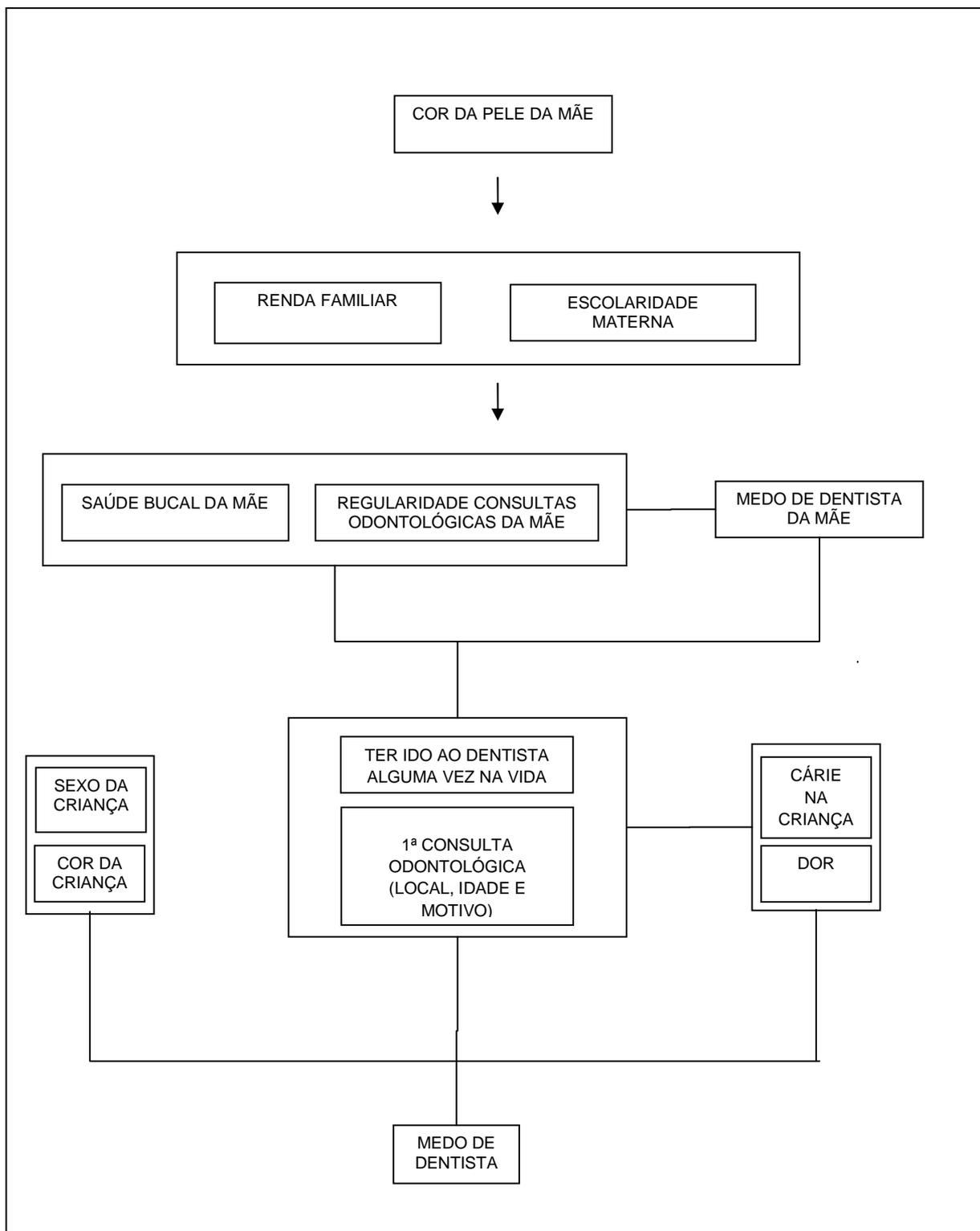


Figura 1- Modelo teórico de análise

Resultados

A taxa de resposta do estudo foi de 86,6% e a amostra final totalizou 1.129 crianças. Destas, 63% nunca haviam ido ao dentista, 48,3% apresentavam ceo-s ≥ 1 e, entre aquelas que foram ao dentista, a maioria teve sua primeira consulta odontológica por motivos não preventivos (Tabela 1).

Com relação à pergunta que avaliou o medo de dentista da criança, a distribuição das respostas foi: 70,8% (não), 12,3% (sim, um pouco), 8% (sim) e 8,8% (sim, muito). A prevalência totalizou 16,8% [IC 95%: 14,6-19,0], apresentando-se maior entre as crianças sem experiência odontológica e entre aquelas que foram ao dentista pela primeira vez por motivos curativos ou de urgência.

Entre as variáveis relacionadas à família, a prevalência de medo foi significativamente maior entre os filhos das mães com 4 anos ou menos de escolaridade, quando comparadas às crianças de mães com maior tempo de estudo, e entre as crianças de famílias mais pobres, quando comparadas aos filhos de pais com maior renda (Tabela 2).

Na análise bruta, as variáveis associadas ao medo de dentista foram: a baixa renda e baixa escolaridade materna, ter ido ao dentista pela primeira vez por motivos não preventivos e nunca ter ido ao dentista. Além disso, a experiência de dor dentária nos últimos 6 meses e a presença de ceo-s ≥ 1 foram os fatores mais fortemente associados ao medo de dentista da criança (Tabela 3).

Após análise ajustada, a prevalência de medo de dentista entre as crianças do 1^o quintil de renda foi 2,6 vezes maior do que o 5^o quintil. Entre as crianças com índice ceo-s = 2 e ceo-s ≥ 3 , esta prevalência foi, respectivamente, 70% e 50% maior do que entre as crianças que nunca tiveram cárie.

Tabela 1- Distribuição da amostra e da prevalência do medo de dentista de acordo com as variáveis independentes, em crianças de 5 anos de idade.

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA		MEDO DE DENTISTA DA CRIANÇA		Valor de p
	N	%	Prevalência	95% IC	
SEXO (n=1.129)					0,104*
Masculino	590	52,3	15,1	(12,1-18,0)	
Feminino	539	47,7	18,8	(15,4-22,1)	
COR DA PELE AUTORREFERIDA (n=1.112)					0,406*
Branca	751	67,5	15,9	(13,3-18,6)	
Parda	222	20,0	19,7	(14,3-25,1)	
Preta	139	12,5	18,1	(11,4-24,7)	
CONSULTOU COM O DENTISTA ALGUMA VEZ (n=1.126)					0,041*
Sim	417	37,0	13,9	(10,5-17,2)	
Não	709	63,0	18,7	(15,7-21,6)	
IDADE DA CRIANÇA NA 1ª CONSULTA EM MESES (n=1.126)					0,034**
0-12	42	3,7	7,3	(0-15,6)	
13-24	94	8,3	10,6	(4,3-17,0)	
25-36	111	9,9	19,8	(12,3-27,4)	
37-48	110	9,7	14,7	(7,9-21,4)	
49-60	57	5,1	10,5	(2,3-18,7)	
Nunca foi	712	63,2	18,7	(15,7-21,6)	
MOTIVO DA 1ª CONSULTA (n=1.128)					0,008*
Prevenção	189	16,7	8,0	(4,1-12,0)	
Curativo	91	8,1	16,5	(8,7-24,3)	
Urgência	101	9,0	22,0	(13,7-30,3)	
Outros	33	2,9	15,2	(2,2-28,1)	
Nunca foi	714	63,3	18,6	(15,7-21,6)	
LOCAL DO 1º ATENDIMENTO (n=1.129)					0,146*
Privado/convênio	229	20,3	12,2	(8,0-16,5)	
Publico	175	15,5	16,6	(10,9-22,2)	
Outro	11	1,0	9,1	(0-29,3)	
Nunca foi	714	63,2	18,5	(15,6-21,5)	
Índice ceo-s (n=1.123)					<0,001**
0	580	51,7	12,1	(9,4-14,8)	
1	129	11,5	17,5	(10,7-24,2)	
2	97	8,6	23,6	(14,6-32,6)	
≥3	317	28,2	22,9	(18,2-27,6)	
DOR NOS ÚLTIMOS 6 MESES (n=1.129)					0,001*
Não	945	83,7	15,2	(12,9-17,5)	
Sim	184	16,3	25,0	(18,6-31,4)	
TOTAL	1.129	100,0	16,8***	(14,6-19,0)	

* Teste do Qui-quadrado (χ^2); ** Teste χ^2 para tendência linear; ***n= 1.094

Valor menor do que 1.129 em cada variável indica perda de informação.

Tabela 2- Distribuição da amostra e prevalência do medo de dentista da criança, de acordo com as variáveis independentes relacionadas à mãe.

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA		MEDO DE DENTISTA DA CRIANÇA		
	N	%	Prevalência	95% IC	Valor de p
COR DA PELE AUTORREFERIDA (n=1.113)					0,920*
Branca	704	63,3	16,6	(13,8-19,4)	
Parda	204	18,3	15,8	(10,7-21,0)	
Preta	205	18,4	17,4	(12,0-22,7)	
ESCOLARIDADE EM ANOS(n=1.106)					0,001**
≥12	123	11,1	9,8	(4,5-15,2)	
9-11	394	35,6	15,0	(11,4-18,5)	
5-8	445	40,3	18,5	(14,8-22,2)	
≤ 4	144	13,0	23,6	(16,5-30,7)	
RENDA FAMILIAR AO NASCIMENTO-QUINTIS (n=1.129)					<0,001**
5	225	19,9	8,6	(4,9-12,3)	
4	187	16,6	15,8	(10,4-21,1)	
3	265	23,5	14,1	(9,8-18,3)	
2	190	16,8	20,2	(14,3-26,2)	
1	262	23,2	25,1	(19,7-30,5)	
MEDO DE DENTISTA DA MAE (n=1.128)					0,185**
Não	848	75,2	17,1	(14,5-19,7)	
Um pouco	120	10,6	11,3	(5,4-17,2)	
Sim	44	3,9	13,6	(3,1-24,2)	
Sim, muito	116	10,3	21,8	(14,0-29,7)	
SAUDE BUCAL DA MAE*(n=1.128)					0,215**
Muito boa/boa	586	51,9	15,1	(12,2-18,0)	
Regular	374	33,2	19,2	(15,1-23,3)	
Ruim/Muito Ruim	168	14,9	17,6	(11,6-23,6)	
REGULARIDADE DAS CONSULTAS DA MÃE (n=1.128)					0,726**
Regular	196	17,4	17,0	(11,7-22,3)	
Irregular	812	72,0	16,4	(13,8-19,0)	
Nunca vai	120	10,6	19,1	(11,8-26,4)	
TOTAL	1.129	100,0	16,8***	(14,6-19,0)	

* Teste do Qui-quadrado (χ^2); ** Teste χ^2 para tendência linear; ***n= 1094

Tabela 3- Razões de prevalência bruta (RP^b) e ajustada (RP^a), de acordo com modelo hierárquico, para as variáveis independentes e a prevalência de medo de dentista aos 5 anos de idade.

Variável de Exposição	RP ^b (IC 95%)	Valor de p	RP ^a (IC 95%)	Valor de p
Nível 1 †				
Cor da pele materna*		0,871	—**	—**
Branca	1,0			
Parda	1,0 (0,7-1,4)			
Preta	1,0 (0,7-1,5)			
Escolaridade materna*		0,001		0,210
≥ 12 anos	1,0		1,0	
9-11 anos	1,5 (0,8- 2,7)		1,2 (0,6-2,1)	
5-8 anos	1,9 (1,1-3,3)		1,2 (0,7-2,3)	
≤4 anos	2,4 (1,3-4,4)		1,4 (0,7-2,8)	
Renda familiar – quintis*		<0,001		<0,001
5	1,0		1,0	
4	1,8 (1,1-3,2)		1,8 (1,0-3,2)	
3	1,6 (1,0-2,8)		1,5 (0,9-2,7)	
2	2,4 (1,4-4,0)		2,1 (1,2-3,8)	
1	2,9 (1,8-4,7)		2,6 (1,5-4,5)	
Nível 2 ‡				
Medo de dentista da mãe		0,549	—**	—**
Não	1,0			
Sim, um pouco	0,7 (0,4-1,1)			
Sim	0,8 (0,4-1,7)			
Sim, muito	1,3 (0,9-1,9)			
Saúde bucal da mãe		0,202	—**	—**
Muito boa/boa	1,0			
Regular	1,3 (1,0-1,7)			
Ruim/Muito ruim	1,2 (0,8-1,7)			
Regularidade das consultas da mãe		0,732	—**	—**
Regular	1,0			
Irregular	1,0 (0,7-1,4)			
Nunca vai	1,2 (0,7-1,8)			
Nível 3 †				
Sexo da criança		0,105		0,043
Masculino	1,0		1,0	
Feminino	1,2 (1,0-1,6)		1,3 (1,0-1,7)	
Cor da Pele		0,296	—**	—**
Branca	1,0			
Parda	1,2 (0,9-1,7)			
Preta	1,1 (0,8-1,7)			

Tabela 3- Razões de prevalência bruta (RP^b) e ajustada (RP^a), de acordo com modelo hierárquico, para as variáveis independentes e a prevalência de medo de dentista aos 5 anos de idade (continuação).

Motivo da 1ª consulta odontológica		0,002		0,118
Prevenção	1,0		1,0	
Curativo/Urgência/Outro	2,3 (1,3-4,1)		1,6 (0,9-2,9)	
Nunca foi	2,3 (1,4-3,9)		1,8 (1,0-3,0)	
Idade na 1ª consulta		0,034	—**	—**
0-12 meses	1,0			
13-24 meses	1,5 (0,4-5,0)			
25-36 meses	2,7 (0,9-8,6)			
37-48 meses	2,0 (0,6-6,5)			
49-60 meses	1,4 (0,4-5,4)			
Nunca foi	2,6 (0,8-7,7)			
Local da 1ª consulta odontológica		0,036	—**	—**
Privado/Convênio	1,0			
Público	1,4 (0,8-2,2)			
Outro	0,7 (0,1-5,0)			
Nunca Foi	1,5 (1,0-2,2)			
Consultou alguma vez com dentista		0,044	—**	—**
Não	1,0			
Sim	0,7 (0,6-1,0)			
Cárie		<0,001		0,008
ceo-s=0	1,0		1,0	
ceo-s=1	1,4 (0,9-2,2)		1,3 (0,9-2,1)	
ceo-s=2	2,0 (1,3-3,0)		1,7 (1,1-2,7)	
ceo-s≥3	1,9 (1,4-2,6)		1,5 (1,1-2,2)	
Dor dentária		0,001		0,199
Não	1		1	
Sim	1,6 (1,2-2,2)		1,2 (0,9-1,7)	

RP^b: razão de prevalência bruta; RP^a: razão de prevalência ajustada; IC 95%: intervalo de confiança 95%

* Informação avaliada ao nascimento da criança.

** Excluídas após ajuste por outras variáveis.

‡ Nível da variável no modelo hierárquico.

Discussão

Sabendo da repercussão negativa que o medo de dentista na infância pode desempenhar, é possível considerar que, entre as crianças do presente estudo, sua prevalência foi significativa. Enquanto 16,8% apresentaram medo de dentista, outras

pesquisas demonstraram uma ampla variação de 6,5% a 43%^{1,2,5,11,15,16,17,22,28}. Esta divergência entre os resultados pode refletir uma diversidade entre as populações estudadas, como aspectos culturais^{2,4,13,29} e a faixa etária avaliada^{9,13}, diferença entre os instrumentos de avaliação do medo^{2,4,9} além de outras questões metodológicas^{2,4,13}.

Diferentes métodos são capazes de avaliar o medo ao tratamento odontológico nas crianças, como observação visual do comportamento durante as consultas^{3,19,30}, questões únicas direcionadas aos pais^{1,11,12,20,22,31} ou às próprias crianças^{32,33}, além de questionários validados^{10,13,15,16,29,34}. Apesar da subjetividade na opinião dos pais e a influência de suas próprias emoções³², acredita-se que os responsáveis possam avaliar o medo de dentista das crianças^{1,3,6,11,17,20,22,29,31}, sendo capazes de identificar este sentimento em seus filhos, especialmente nos mais jovens.

A *Dental Anxiety Question* (DAQ), empregada neste estudo, é considerada um método de avaliação simples, através de um único item, apresentando boa validade e confiabilidade^{26,35}. Semelhantemente a outras pesquisas^{21,32,36,37}, as crianças participantes cuja resposta à DAQ foi “Um pouco” foram categorizadas como “sem medo”, por considerar-se que os baixos níveis deste sentimento sejam compatíveis com o desenvolvimento normal criança⁴ e insuficientes para interferir no tratamento odontológico ou na decisão de ir ao dentista^{11,13}.

Entre as condições relacionadas à mãe, apenas a escolaridade e a renda familiar demonstraram associação com o medo de dentista da criança, com aumento linear na prevalência de medo acompanhando a diminuição do tempo de estudo das mães, sendo que Milgrom et al. (1995) também encontraram resultados semelhantes. No presente estudo, esta associação não permaneceu após análise ajustada, demonstrando que, apesar da escolaridade ser um fator considerável, a condição socioeconômica foi mais relevante pois manteve-se fortemente associada ao medo de dentista da criança, semelhantemente a outros estudos^{1,11,19}. Isto ocorreu, possivelmente, porque crianças mais pobres apresentam maior experiência de doenças bucais, além de maior dificuldade de acesso aos serviços odontológicos.

As demais condições maternas não estiveram relacionadas ao medo da criança, destacando-se que o medo de dentista da mãe não demonstrou associação com este sentimento nos filhos. Enquanto estudos também indicam que os fatores inerentes à

própria criança parecem ser mais importantes do que o medo da mãe^{19,22,38}, outros identificaram que este sentimento materno é relacionado ao medo da criança^{3,5,12,17,20}.

Como a maioria dos pais que possuem este medo relata que não informa este fato aos filhos³ e não identifica este tipo de transferência para as crianças²⁸, elas podem não estar reconhecendo o medo destes familiares¹⁹ sugerindo, assim, que a via informativa através dos responsáveis não seja a mais importante para aquisição de tal sentimento.

Como este estudo foi realizado no domicílio das crianças e, além disso, a maioria delas nunca havia ido ao dentista, talvez não tenha ocorrido a oportunidade delas perceberem o medo materno. Caso a aplicação do questionário ocorresse no ambiente odontológico, aumentaria as chances da criança identificar alguma ansiedade do acompanhante, o que poderia gerar diferentes resultados. Themessl-Huber et al.⁹ confirmaram que a existência de associação entre o medo odontológico da criança e dos respectivos pais depende de uma variedade de fatores como o local em que é realizada tal investigação, o método de avaliação utilizado, além das condições de saúde bucal da criança.

Com relação às variáveis da criança, o presente estudo identificou uma associação limítrofe, após análise ajustada, apontando o sexo feminino com uma maior prevalência de medo. Apesar de Ten Berge et al.¹⁷ também verificarem a presença desta associação nas crianças de 4 e 6 anos de idade, os estudos que avaliaram faixas etárias semelhante à desta pesquisa não identificaram tal relação^{1,10,17,22,28,34}. Em contrapartida, em meninas entre 9 a 14 anos de idade evidencia-se uma maior prevalência de medo relacionado ao tratamento odontológico^{12,13,19,34,36,39}, sendo que tais evidências sugerem existir um efeito na interação entre o sexo e a idade.

Considera-se que a existência do medo seja uma reação esperada em situações desconhecidas, especialmente entre as crianças mais jovens, sendo que a percepção subjetiva pode ser tão importante quanto às próprias experiências¹⁷. Neste estudo, as mães das crianças que nunca foram ao dentista relataram que seus filhos apresentavam maior prevalência de medo do que aquelas crianças que haviam frequentado o consultório alguma vez na vida. O mesmo foi constatado também por outros estudos^{1,28,36}, o que sugere o sentimento de medo do desconhecido.

Considerando que a primeira visita ao dentista pode ser importante no desenvolvimento de atitudes diante do tratamento odontológico^{20,31}, este estudo demonstrou que as crianças que tiveram a primeira consulta por motivos curativos ou por urgência apresentaram uma maior prevalência de medo de dentista do que aquelas que foram ao consultório por prevenção.

A ausência de problemas dentários pode proporcionar uma consulta sem tratamentos invasivos e, conseqüentemente, uma experiência mais tranqüila para o paciente. As crianças com medo de dentista geralmente experimentam maior número de consultas invasivas do que as crianças que não apresentam este sentimento¹⁹ e a experiência odontológica positiva reduz o risco de desenvolver o medo^{5,40}, sendo então necessário destacar a importância de levar as crianças ao dentista antes do aparecimento de problemas dentários. Apesar disto, tanto o local do primeiro atendimento como o motivo da primeira visita odontológica demonstraram relação com o medo de dentista da criança apenas na análise bruta.

O medo de dentista entre a população estudada foi mais prevalente entre as crianças que apresentavam índice de cárie ≥ 1 , quando comparadas àquelas com índice zero. A alta prevalência de doenças bucais, as quais aumentam a possibilidade de ocorrer dor dentária ou experiência odontológica negativa^{2,12,41}, pode contribuir para maior presença de medo de dentista entre crianças. Wigen et al. (2009) não identificaram, em crianças jovens, a permanência de associação entre cárie e ansiedade ao tratamento odontológico, justificado pela baixa prevalência de doenças bucais entre o grupo avaliado. Entretanto, a maioria dos estudos confirma que as crianças com medo também apresentam pior condição de saúde bucal^{5,10,18,21,22,28}, salientando que, no presente estudo, a população infantil avaliada apresentava uma significativa prevalência de cárie.

Enquanto verificou-se que 48% apresentava ceo-s ≥ 1 , foi identificado que somente 5,7% das crianças receberam tratamento restaurador e menos de 1% sofreram exodontia, o que evidencia que a maioria do índice ceo-s encontrado indica a presença atual de cárie nesta população. O número de superfícies cariadas entre as crianças com medo foi quase o dobro do que naquelas que não apresentam este sentimento.

Foi identificado que a prevalência do medo de dentista foi maior entre as crianças com algum relato de dor dentária, sendo que esta associação, também evidenciada por outros autores¹, manteve-se apenas na análise bruta (Tabela 3). Após ajuste pelas demais variáveis, percebe-se que a dor não permaneceu associada ao medo. Considerando que existe uma maior possibilidade de ocorrência de dor entre as crianças com cárie e entre aquelas que nunca foram ao dentista, talvez a variável dor tenha sofrido efeito confundidor por tais condições, indicando a experiência de cárie como o fator mais importante.

Caso tivesse ocorrido a investigação de experiência de dor no ambiente odontológico, é possível que fosse identificado uma diferença entre estes resultados pois sabe-se que o tratamento dentário doloroso tem importante associação com o medo de dentista^{3,18}.

Os resultados deste estudo indicam que as condições inerentes à própria criança exercem maior importância na associação com o medo de dentista do que as variáveis da mãe, sugerindo que, entre a população infantil com alta prevalência de cárie, a aprendizagem do medo através de processos indiretos apresenta menor importância.

Tratando-se de uma avaliação transversal, uma limitação deste estudo é a impossibilidade de estabelecer a relação causal dos eventos. Outra questão é a possibilidade da presença de outros fatores confundidores, não investigados neste estudo, os quais poderiam influenciar o desfecho. As características individuais de personalidade da criança^{3,5,12,33,39,42} e as experiências médicas prévias¹⁵ são sugeridas por outros autores, indicando a necessidade de estudos investigando tais condições.

O medo ao tratamento odontológico pode determinar a formação de um ciclo vicioso que leva à evitação do tratamento dentário, piores condições de saúde e, conseqüente, a mais medo^{6,40,43}. Assim, conhecer os fatores associados à ocorrência deste sentimento deveria fazer parte de programas de ações preventivas para evitar o desenvolvimento do medo de dentista na infância, contribuindo assim para uma melhor condição de saúde bucal na população.

Em conclusão, percebeu-se que na população aos 5 anos de idade com alta prevalência de cárie, as condições diretamente relacionadas à criança, especialmente o índice ceo-s ≥ 1 , demonstraram uma associação mais importante com o medo de

dentista do que as condições indiretas, isto é, relacionadas à mãe. Entre as variáveis familiares, as condições socioeconômicas demonstraram associação com este tipo de medo da criança.

Agradecimentos: ao apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

O que este artigo relata:

- Este estudo demonstra que as crianças de 5 anos de idade com medo de dentista possuem maior prevalência de cárie dentária.
- Entre uma população de 5 anos com alta prevalência de cárie, as variáveis relacionadas à própria criança foram mais associadas ao medo de dentista do que as variáveis maternas.

Por que este estudo é importante ao odontopediatra:

- Os resultados indicam a importância da consulta odontológica ocorrer em tenra idade e antes do acometimento de problemas dentários para evitar o desenvolvimento do medo de dentista na infância.
- As condições maternas, especialmente o medo da mãe e o seu comportamento odontológico, não parecem, necessariamente, influenciar o medo de dentista em uma população infantil com alta prevalência de cárie.

Referências

01. Oliveira MM, Colares V. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2009; **25**: 743-750.
02. Lee C, Chang YY, Huang S. Prevalence of Dental Anxiety among 5- to 8-Year-Old Taiwanese Children. *J Public Health Dent* 2007; **67**: 36-41.
03. Lee C, Chang YY, Huang S. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent* 2008; **18**: 415-422.
04. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent* 2007; **17**: 391-406.
05. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* 1995; **103**: 405-412.
06. Wogelius P, Poulsen S. Associations between dental anxiety, dental treatment due to toothache, and missed dental appointments among six to eight-year-old Danish children: a cross-sectional study. *Acta Odontol Scand* 2005; **63**: 179-182.
07. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's Fear and Behavior in Private Pediatric Dentistry Practices. *Pediatr Dent* 2004; **26**: 316-321.
08. Splieth C, Bünger B, Pine C. Barriers for dental treatment of primary teeth in East and West Germany. *Int J Paediatr Dent* 2009; **19**: 84-90.
09. Themessl-Huber M, Freeman R, Humphris G, Macgillivray S, Terzi, N. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent* 2010; **20**: 83-101.

10. Oba AA, Dülgergil ÇT, Sönmez IS. Prevalence of Dental Anxiety in 7- to 11-Year-Old Children and Its Relationship to Dental Caries. *Med Princ Pract* 2009; **18**: 453-457.
11. Nuttall NM, Gilbert A, Morris J. Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003. *J Dent* 2008; **36**: 857-860.
12. Tickle M, Jones C, Buchannan K, Milsom KM, Blinkhorn AS, Humphris GM. A prospective study of dental anxiety in a cohort of children followed from 5 to 9 years of age. *Int J Paediatr Dent* 2009; **19**: 225-232.
13. Ten Berge M, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J, Prins PJM. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; **30**: 101-1072.
14. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age of Onset of Dental Anxiety. *J Dent Res* 1999; **78**: 790-796.
15. Majstorovic M, Skrinjari I, Glavina D, Szirovicza L. Factors Predicting a Child's Dental Fear. *Coll Antropol* 2001; **25**: 493-500.
16. Ashkenazi M, Faibish D, Sarnat H. Dental fear and knowledge of children treated by certified pediatric dentists and general practitioners. *ASDC J Dent Child* 2002; **69**: 297-305.
17. Ten Berge M, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditions experiences. *J Anxiety Disord* 2002; **16**: 221-229.
18. Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P. Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther* 1995; **33**: 313-319.

19. Townend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. *Behav Res Ther* 2000; **38**: 31-46.
20. Rantavuori K, Zerman N, Ferro R, Lahti S. Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy. *Acta Odontol Scand* 2002; **60**: 297-300.
21. Rantavuori K, Lahti S, Hausen H, Seppä L, Kärkkäinen S. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand* 2004; **62**: 207-213.
22. Milsom K.M, Tickle M, Humphris G.M, Blinkhorn A.S. The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. *Br Dent J* 2003; **194**: 503-506.
23. Reisine S, Tellez M, Willem J, Sohn W, Ismail A. Relationship between caregiver's and child's caries prevalence among disadvantaged African Americans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; **36**: 191-200.
24. Folayan MO, Idehen EE. Effect of information on dental anxiety and behaviour ratings in children. *Eur J Paediatr Dent* 2004; **5**: 147-150.
25. Barros AJD, Santos IS, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, Matijasevich A, Bertoldi AD, Barros FC. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Rev Saúde Pública* 2006; **40**: 402-13.
26. Neverlien PO. Assessment of a single-item dental anxiety question. *Acta Odontol Scand* 1990; **48**: 365-369.
27. WHO. World Health Organization. Oral Health Survey. Basic Methods. 4. ed. Geneva, 1997.

28. Nicolas E, Bessadet M, Collado V, Carrasco P, Rogerleroi V, Hennequin M. Factors affecting dental fear in French children aged 5-12 years. *Int J Paediatr Dent* 2010; **20**: 366-373.
29. Folayan MO, Idehen EE, Ojo OO. Dental anxiety in a subpopulation of African children: parents ability to predict and its relation to general anxiety and behaviour in the dental chair. *Eur J Paediatr Dent* 2004; **5**: 19-23.
30. Horst G, Prins PJM, Veerkatrtip J, Verhey JGC. Interactions between dentists and anxious child patients; a behavioral analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; **15**: 249-52.
31. Wigen TI, Skaret E, Wang NJ. Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. *Int J Paediatr Dent* 2009; **19**: 431-437.
32. Luoto A, Tolvanen M, Rantavuori K, Pohjola V, Lahti S. Can parents and children evaluate each other's dental fear? *Eur J Oral Sci* 2010; **118**: 254-258.
33. Poulton R, Waldie KE, Thomson WM, Locker D. Determinants of early- vs late-onset dental fear in a longitudinal-epidemiological study. *Behav Res Ther* 2001; **39**: 777-785.
34. Majstorovic M, Veerkamp JSJ. Developmental changes in dental anxiety in a normative population of Dutch children. *Eur J Paediatr Dent* 2005; **6**: 30-34.
35. Neverlien PO, Backer Johsen T. Optimism - pessimism dimension and dental anxiety in children aged 10 -2 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; **19**: 342-346.

36. Luoto A, Lahti S, Nevanperä T, Tolvanen M, Locker D. Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. *Int J Paediatr Dent* 2009; **19**: 115-120.
37. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Dental fear and adult oral health in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; **37**: 220-230.
38. Balmer R, O'sullivan EA, Pollard MA, Curzon ME. Anxiety related to dental general anaesthesia: changes in anxiety in children and their parents. *Eur J Paediatr Dent* 2004; **5**: 9-14.
39. Chellappah NK, Vignehsa H, Milgrom P, LO GL. Prevalence of dental anxiety and fear in children in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; **18**: 269-71.
40. Weinstein P. Breaking the worldwide cycle of pain, fear and avoidance: uncovering risk factors and promoting prevention for children. *Ann Behav Med* 1990; **12**: 141-147.
41. Poulton R, Thomson WM, Davies S, Kruger E, Brown RH, Silva P. Good teeth, bad teeth and fear of the dentist. *Behav Res Ther* 1997; **35**: 327-334.
42. Armfield JM. A preliminary investigation of the relationship of dental fear to other specific fears, general fearfulness, disgust sensitivity and harm sensitivity. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; **36**: 128-13.
43. Armfield JM, Stewart JF, Spencer J. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health* 2007; **7**:1-15.

4 Conclusões

De acordo com os resultados deste estudo foi possível concluir que:

- As variáveis relacionadas diretamente à criança desempenharam uma maior associação do que os fatores indiretos, isto é, as condições maternas.
- As variáveis da mãe que permaneceram no modelo final foram somente a escolaridade materna, e a renda familiar.
- Entre as variáveis da criança, aquelas que mantiveram-se no modelo final foram o sexo, o motivo da primeira consulta odontológica, o índice de cárie e a dor dentária.
- As exposições que se mantiveram associadas ao medo de dentista, após ajuste pelas demais variáveis, foram o sexo, a baixa renda familiar e a presença de cárie.

Referências

ALVESALO, I.; MURTOMAA,H.; MILGROM, P.; HONKANEN, A.; KARJALAINEN, M.; TAY, K.M. The dental fear survey schedule: a study with Finnish children. **Int J Paediatr Dent**, v.3, n.4, p.193-198, 1993.

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A.; MELLO, T.R.C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.79-87, 2006.

ARDENGI, Thiago Machado. **Experiência e redução de cárie dental associados a fatores socioeconômicos em crianças brasileiras**. 2006. 96f. Tese (Doutorado em Odontopediatria)-Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ARMPFIELD, J.M.; STEWART, J.F.; SPENCER, J. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. **BMC Oral Health**, n.7, p.1-15, 2007.

ARMPFIELD, J.M. A preliminary investigation of the relationship of dental fear to other specific fears, general fearfulness, disgust sensitivity and harm sensitivity. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.36, p.128-13, 2008.

ARMPFIELD, J.M.; SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Dental fear and adult oral health in Australia. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.37, p.220-230, 2009.

ASHKENAZI, M.; FAIBISH, D.; SARNAT, H. Dental fear and knowledge of children treated by certified pediatric dentists and general practitioners. **ASDC J Dent Child**, v.69, n.3, p.297-305, 2002.

BAIER, K.; MILGROM, P.; RUSSELL, S.; MANCL, L.; YOSHIDA, T. Children's Fear and Behavior in Private Pediatric Dentistry Practices. **Pediatr Dent**, v.26, n.4, p.316-321, 2004.

BALMER, R.; O'SULLIVAN, E.A.; POLLARD, M.A.; CURZON, M.E. Anxiety related to dental general anaesthesia: changes in anxiety in children and their parents. **Eur J Paediatr Dent**, v.5, p.9-14, 2004.

BARROS, A.J.; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**, v.3, n.1, p. 21, 2003.

BARROS, A.J.D.; SANTOS, I.S.; VICTORA, C.G.; ALBERNAZ, E.P.; DOMINGUES, M.R.; TIMM, I.K.; MATIJASEVICH, A.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, F.C. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.3, p. 402-13, 2006.

BASTOS, J.L.D.; PERES, M.A.; PERES, K.G.; BARROS, A.J.D. Infant growth, development and tooth emergence patterns: A longitudinal study from birth to 6 years of age. **Arch Oral Biol**, v.52, n.6, p. 598-606, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003

Condições de saúde bucal da população brasileira 2002 - 2003. Resultados Principais. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasília, 1988.

CAMARGO M.B.J.; DUMITH, S.C.; BARROS, A.J.D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.9, p.1894-1906, 2009.

CHAPMAN, H.R.; KIRBY-TURNER, N.C. Dental Fear in Children - a proposed model. **British Dental Journal**, v.187, n.8, p.408-412, 1999.

CHELLAPPAH, N.K.; VIGNEHSA, H.; MILGROM, P.; LO, G.L. Prevalence of dental anxiety and fear in children in Singapore. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.18, p.269-71, 1990.

COLARES, V.; CARACIOLO, G. Motivo da visita ao dentista pelas crianças com cinco anos de idade na cidade do Recife. **Revista Odontologia Clínico-Científica**, v.4, n.3, p.193-198, 2005.

COLARES, V. CARACIOLO, G.; MIRANDA, A.M.M.; ARAÚJO, G.V.; GUERRA, P. Medo e /ou ansiedade como fator inibitório para a visita ao dentista. **Arquivos em Odontologia**, v.40, n.1, p.59-72, 2004.

FEITOSA, S., COLARES, V.; PINKHAM, J. The psychosocial effects of severe caries in 4 year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1550-1556, 2005.

FILSTRUP, S.L.; BRISKIE, D.; FONSECA, M.; LAWRENCE, L.; WANDERA, A.; INGLEHART, M.R. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. **Pediatr Dent**, v.25, p.431-440, 2003.

FOLAYAN, M.O.; IDEHEN, E.E. Effect of information on dental anxiety and behaviour ratings in children. **Eur J Paediatr Dent**, v.5, p.147-150, 2004.

FOLAYAN, M.O.; IDEHEN, E.E.; OJO, O.O. Dental anxiety in a subpopulation of African children: parents ability to predict and its relation to general anxiety and behaviour in the dental chair. **Eur J Paediatr Dent**, n.1, p.19-23, 2004.

FOSTER, T.D.; HAMILTON, M.C. Occlusion in the primary dentition. **Br Dent J**, v.21, p.76-9, 1969.

GILBERT, G.H.; SHELTON, B.J.; DUNCAN, R.P. Use of specific dental treatment procedures by dentate adults during a 24-month period. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.30, p.26076, 2002.

GRUEBBEL, A.O. A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. **J Dent Res**, v.23, p.163, 1944.

HEFT, M.W.; MENG, X.; BRADLEY, M.M.; LANG, P.J. Gender differences in reported dental fear and fear of dental pain. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, p. 421-428, 2007.

HORST, G.; PRINS, P.J.M.; VEERKATRTP, J.; VERHEY, J.G.C. Interactions between dentists and anxious child patients; a behavioral analysis. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.15, p.249-52, 1987.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: Wiley, 1989.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 20 dez. 2009.

KLATCHOIAN, D.D. **Psicologia odontopediátrica**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2002.

KLINGBERG, G.; BROBERG, A.G. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. **Int J Paediatr Dent**, v.17, p.391-406, 2007.

KLINGBERG, G.; BERGGREN, U.; CARLSSON, S.G.; NOREN, J.G. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. **Eur J Oral Sci**, v. 103, p.405-12, 1995.

LEE, C.; CHANG, Y.Y.; HUANG, S. Prevalence of Dental Anxiety among 5- to 8-Year-Old Taiwanese Children. **J Public Health Dent**, v.67, n.1, p.36-41, 2007.

LEE, C.; CHANG, Y.Y.; HUANG, S. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. **Int J Paediatr Dent**, v.18, p. 415-422, 2008.

LOCKER, D., LIDDELL, A., DEMPSTER L., SHAPIRO, D. Age of Onset Of Dental Anxiety. **J Dental Res**, v.78, p.790-796, 1999.

LUOTO, A.; LAHTI, S.; NEVANPERÄ, T.; TOLVANEN, M.; LOCKER, D. Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. **Int J Paediatr Dent**, v.19, p.115-120, 2009.

LUOTO A, TOLVANEN M, RANTAVUORI K, POHJOLA V, LAHTI S. Can parents and children evaluate each other's dental fear? **Eur J Oral Sci**, v.118, p.254-258, 2010.

MACHADO, A.B.M. **Neuroanatomia funcional**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003. 363p.

MAJSTOROVIC, M.; SKRINJARI, I.; GLAVINA, D.; SZIROVICZA, L. Factors Predicting a Child's Dental Fear. **Coll Antropol**, v.25, n.2, p.493-500, 2001.

MAJSTOROVIC, M.; VEERKAMP, J.S.J. Developmental changes in dental anxiety in a normative population of Dutch children. **Eur J Paediatr Dent**, v.1, p.30-34, 2005.

MILGROM, P.; MANCL, L.; KING, B.; WEINSTEIN, P. Origins of childhood dental fear. **Behav Res Ther**, v.33, n.3, p.313-319, 1995.

MILSOM, K.M.; TICKLE, M.; BLINKHORN, A.S. Dental pain and dental treatment of young children attending the general dental service. **Br Dent J**, v.192, n. 5, p.280-284, 2002.

MILSOM, K.M.; TICKLE, M.; HUMPHRIS, G.M.; BLINKHORN, A.S.. The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. **Br Dent J**, v.194, n.9, p.503-506, 2003.

MORAES, A.B.A.; AMBROSANO, G.M.B.; POSSOBON, R.F.; COSTA, A.L.C. Fear Assessment in Brazilian Children: The Relevance of Dental Fear. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.20, n.3, p.289-294, 2004.

MUSSEN, P.H.; CONGER, J.J.; KAGAN, J. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 4.ed. São Paulo: Harper e Row, 1977.

NEVERLIEN, P.O. Assessment of a single-item dental anxiety question. **Acta Odontol Scand**, v.48, p.365-369, 1990.

NEVERLIEN, P.O.; BACKER . JOHSEN, T.B. Optimism - pessimism dimension and dental anxiety in children aged 10 -2 years. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.19, p.342-346, 1991.

NICOLAS, E.; BESSADET, M.; COLLADO, V.; CARRASCO, P.; ROGERLEROI V.; HENNEQUIN, M. Factors affecting dental fear in French children aged 5–12 years. **Int J Paediatr Dent**, v.20, p.366-373, 2010.

NUTTALL, N.M.; GILBERT, A.; MORRIS, J. Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003. **J Dent**, v.36, p.857-860, 2008.

OBA, A.A., DÜLGERGIL, Ç.T., SÖNMEZ, I.S. Prevalence of Dental Anxiety in 7- to 11-Year-Old Children and Its Relationship to Dental Caries. **Med Princ Pract**, v.18, p.453-457, 2009.

OLIVEIRA, M.M.; COLARES, V. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.4, p.743-750, 2009.

OLIVEIRA, M.M.T.; COLARES, V.; CAMPIONI, A. Ansiedade, dor e desconforto relacionado à saúde bucal em crianças menores de 5 anos. **Odontologia Clín.- Científica**, v.8, n.1, p.47-52, 2009.

OLLENDICK T.H.; KING, N.J. Origins of childhood fears: an evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. **Behav Res Ther**, v.29, n.2, p.117-123, 1991.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 10 out. 2009.

POULTON, R.; WALDIE, K.E.; THOMSON, W.M.; LOCKER, D. Determinants of early- vs late-onset dental fear in a longitudinal-epidemiological study. **Behav Res Ther**, v.39, p. 777–785, 2001.

POULTON, R.; THOMSON, W.M.; DAVIES, S.; KRUGER, E.; BROWN, R.H.; SILVA, P. Good teeth, bad teeth and fear of the dentist. **Behav Res Ther**, v.35, n. 4, p.327-334, 1997.

RAMOS-JORGE, M.L.; CARDOSO, M.; MARQUES, L.S.; BOSCO, V.L.; ROCHA, M.J.C. Associação entre experiência odontológica na infância e ansiedade odontológica na adolescência. **Arquivos em odontologia**, v.40, n.3, p.291-302, 2004.

RANTAVUORI, K.; ZERMAN, N.; FERRO, R.; LAHTI, S. Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy. **Acta Odontol Scand**, v.60, p.297-300, 2002.

RANTAVUORI, K.; LAHTI, S.; HAUSEN, H.; SEPPÄ, L.; KÄRKKÄINEN, S. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. **Acta Odontol Scand**. v.62, n.4, p.207-13, 2004.

REISINE, S.; TELLEZ, M.; WILLEM, J.; SOHN, W.; ISMAIL, A. Relationship between caregiver's and child's caries prevalence among disadvantaged African Americans **Community Dent Oral Epidemiol**, v.36, p.191-200, 2008.

RIBAS, T. A.; GUIMARÃES, V.P.; LOSSO, E.M. Avaliação da ansiedade odontológica de crianças submetidas ao tratamento odontológico. **Arquivos em Odontologia**, v.42, n.3, p.161-256, 2006.

SCHROTH, R.J.; BROTHWELL, D.J.; MOFFATT, M.E.K. Caregiver Knowledge and Attitudes of Preschool Oral Health and Early Childhood Caries (ECC). **Int J Circumpolar Health**, v.66, n.2, p.153-167, 2007.

SINGH, K. A.; MORAES, A. B. A.; BOVI AMBROSANO, G. M. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesq Odont Bras**, v.14, n.2, p.131-136, 2000.

SPLIETH, C.; BÜNGER, B.; PINE, C. Barriers for dental treatment of primary teeth in East and West Germany. **Int J Paediatr Dent**, v.19, p.84-90, 2009.

TALEKAR, B.S.; ROZIER, G.; SLADE, G.D., ENNET, S.T. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. **J Am Dent Assoc**, v.136, p.364-372, 2005.

TEN BERGE, M.; VEERKAMP, J.S.J.; HOOGSTRATEN, J.; PRINS, P.J.M. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.30, p.101-107, 2002.

TEN BERGE, M.; VEERKAMP, J.S.J.; HOOGSTRATEN, J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditions experiences. **J Anxiety Disord**, v.16, p.221-229, 2002.

TESCH, F.C.; OLIVEIRA, B.H.; LEÃO, A. mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2555-2564, 2007.

THEMESSL-HUBER, M., FREEMAN, R., HUMPHRIS, G., MACGILLIVRAY, S., TERZI, N. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. **Int J Paediatr Dent**, v.20, p.83-101, 2010.

TICKLE, M; BLINKHORN, A.S.; MILSOM, K.M. The Occurrence of Dental Pain and Extractions over a 3-Year Period in a Cohort of Children Aged 3-6 Years. **J Public Health Dent**, v.68, n.2, p.63-69, 2008.

TICKLE, M.; JONES, C.; BUCHANNAN, K.; MILSOM, K.M.; BLINKHORN, A.S.; HUMPHRIS, G.M. A prospective study of dental anxiety in a cohort of children followed from 5 to 9 years of age. **Int J Paediatr Dent**, v.19, p.225-232, 2009.

TICKLE, M.; MILSOM, K.M.; HUMPHRIS, G.M.; BLINKHORN, A. Parental attitudes to the care of the carious primary dentition. **Br Dent J**, v.195, n.8, p.451-55, 2003.

TICKLE, M.; MILSOM, K.; KING, D.; KEARNEY-MITCHELL, P.; BLINKHORN, A. The fate of the carious primary teeth of children who regularly attend the general dental service. **Br Dent J**, v.192, n.4, p. 219-223, 2002.

TOWNEND, E.; DIMIGEN, G.; FUNG, D. A clinical study of child dental anxiety. **Behav Res Ther**, v.38, p.31-46, 2000.

VAN WIJK, A.J.; HOOGSTRATEN, J. Experience with Dental Pain and Fear of Dental Pain. **J Dent Res**, v.84, n.10, p.947-950, 2005.

WEINSTEIN, P. Breaking the worldwide cycle of pain, fear and avoidance: Uncovering risk factors and promoting prevention for children. **Ann Behav Med**, v.12, p.141-147, 1990.

WIGEN, T. I.; SKARET, E.; WANG, N.J. Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. **Int J of Paediatr Dent**, v.19, p.431-437, 2009.

WOGELIUS, P.; POULSEN, S. Associations between dental anxiety, dental treatment due to toothache, and missed dental appointments among six to eight-year-old Danish children: a cross-sectional study. **Acta Odontol Scand**, v.63, p.179-182, 2005.

WHO. World Health Organization. Oral Health Survey. Basic Methods. 4. ed. Geneva, 1997.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
 Departamento de Medicina Social
 Faculdade de Medicina
 Universidade Federal de Pelotas



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Investigadora responsável: Profa. Dra. Karen G. Peres

O Centro de Pesquisas da Faculdade de Medicina (Universidade Federal de Pelotas) vem acompanhando todas as crianças que nasceram em 2004, na cidade de Pelotas. Dando continuidade a esse trabalho voltamos a procurá-los com o objetivo de avaliar como está a vida e a saúde bucal de seu filho e seus responsáveis. Para isso, gostaríamos de contar com o seu consentimento para entrevistar e verificar algumas condições simples na boca do seu filho, como a presença de cárie e problemas de posicionamento nos dentes.

A coleta dessas condições não oferece nenhum risco, não causa dor alguma e todos os instrumentais utilizados foram esterilizados ou são descartáveis.

Gostaríamos de informar também que todas as informações obtidas são confidenciais, ou seja, o nome dele e dos pais (ou responsáveis) não aparecerá em nenhuma análise.

Como forma de manifestar seu consentimento, pedimos que assine este documento.

Antecipadamente agradecemos a sua participação.

Contato: Programa de Pós Graduação em Epidemiologia
 Faculdade de Medicina
 Universidade Federal de Pelotas
 Telefone: (53) 3284-1300
 Secretária: Lauren Gómez: (53) 3284-1318

Recebi as explicações sobre o estudo registradas neste Termo de Consentimento.

Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, sendo que todas as minhas perguntas foram respondidas claramente. **Concordo com a participação do meu(minha) filho(a) na pesquisa dos nascidos em 2004, em Pelotas. Para tanto, ele(a) está autorizado a responder as perguntas do questionário confidencial, assim como ter a sua saúde bucal avaliada para a pesquisa.**

 Nome da mãe

 Nome da criança

 Assinatura

 Data

 Entrevistadora

APÊNDICE B - Questionário

COORTE 2004	
AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL AOS 5 ANOS / 2009	
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
ENTREVISTADOR: _____ cód ____	DATA DE ENTREVISTA: ___ / ___ / ___
Número da criança _____	ques _____ - ____
<u>IDENTIFICAÇÃO:</u>	
<p>“Sr(a) <NOME DA MAE/PAI ou RESPONSÁVEL> estamos trabalhando no estudo sobre saúde das crianças nascidas em 2004 em Pelotas, realizado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPel. <NOME DA CRIANÇA> faz parte desse estudo desde seu nascimento. Seu(Sua) filho(a) já foi visitado(a) outras vezes, e agora estamos fazendo uma pesquisa sobre a saúde bucal das crianças. Desta vez, só as crianças nascidas entre setembro e dezembro serão avaliadas. Nós gostaríamos de fazer umas perguntas sobre coisas relacionadas à sua saúde bucal e à de seu(sua) filho(a). Queremos também examinar os dentes e a boca dele(a). Este questionário não possui respostas certas ou erradas e é muito importante para o estudo que a Sra. responda da maneira mais exata possível. As informações prestadas são de caráter sigiloso e seu nome ou do seu filho(a) não será associado com qualquer uma das respostas. Podemos conversar?” <i>Se a resposta for afirmativa, dar o consentimento para o entrevistado assinar.</i></p>	

BLOCO A – OPINIÕES		
Eu vou ler algumas afirmações e a Sra. vai me dizer se concorda, não concorda ou não sabe:		
1. É muito estressante dizer não para <criança> quando ela quer doce	[A01] Não concordo 1 IGN 9	Concordo 0
2. Eu não consigo fazer com que <criança> escove os seus dentes pelo menos duas vezes por dia	[A02] Não concordo 1 IGN 9	Concordo 0
3. Eu sinto que sou capaz de escovar ao dentes da <criança>	[A03] Não concordo 1 IGN 9	Concordo 0
4. Eu não tenho tempo de escovar os dentes da <criança> duas vezes ao dia	[A04] Não concordo 1 IGN 9	Concordo 0
5. Eu controlo o número de vezes que a <criança> come alimentos e bebidas doces entre as refeições.	[A05] Não concordo 1 IGN 9	Concordo 0

6. Vale a pena dar doces (balas, chocolates e pirulitos) e biscoitos para a <criança> quando ele/a se comporta bem.	[A06] Não concordo 1 IGN 9	Concordo 0
BLOCO B – IDENTIFICAÇÃO		
7. A <criança> freqüenta escola, escolinha ou creche? <i>Se (0) → pule para a questão 10</i>	[B07] Sim 1 IGN 9	Não 0
8. Que ano ou turma a <criança> está cursando? Ex: pré-B, 1ª série ou 1º ano. _____	[B08]	—
9. Qual o nome da escola, escolinha ou creche que a <criança> freqüenta? _____ (8) NSA (9) IGN	[B09]	—
10. Sexo da criança. Observar e anotar:	[B010] feminino 2	masculino 1
11. Cor da pele da criança. Observar e anotar:	[B011] Parda 2 Preta 3 Indígena 4 Amarela 5	Branca 1
12. Em termos de cor da pele ou raça, qual é a opção que se aplica a <criança>? Ler as alternativas	[B012] Parda 2 Preta 3 Indígena 4 Amarela 5	Branca 1
13. Comparando com crianças da mesma idade da <criança>, a Sra. considera que a saúde da boca e dos dentes dele/a é: <i>Ler as alternativas</i>	[B013] boa 2 regular 3 ruim 4 muito ruim 5 IGN 9	muito boa 1
BLOCO C – A CRIANÇA E SEUS DENTES		
14. De onde vem a água que a <criança> costuma beber pura, no preparo de sucos ou chás? _____	[C01] água direto da torneira 1 água da torneira filtrada/filtro 2 água mineral 3 água de poço 4 Outra 5 NSA (não bebe água) 8 IGN 9	

0 meses até__meses [C06][C07]	___ [C14]	___ [C18]	___ [C22]
__meses até__meses [C08][C09]	___ [C15]	___ [C19]	___ [C23]
__meses até__meses [C10][C11]	___ [C16]	___ [C20]	___ [C24]
__meses até__meses [C12][C13]	___ [C17]	___ [C21]	___ [C25]
<p>21. A Sra. poderia me apontar neste cartão qual a quantidade de pasta mais parecida que a <criança> costuma usar? (esperar a resposta e anotar) [C26] _____</p> <p>(8) NSA (9) IGN</p>			
<p>22. Que opção melhor descreve como a <criança> escova seus dentes atualmente? <i>Ler as alternativas</i> [C27] Ele/a não escova nunca 0 Ele/a escova, mas não todo dia 1 <i>Se (0) → pule para a questão 27</i> Ele/a escova sempre, pelo menos uma vez ao dia 2 <i>Se (1) → pule para a questão 24</i> IGN 9</p>			
<p>23. Em geral, quantas vezes por dia a <criança> escova os dentes ? [C28] Uma vez ao dia 0 Duas vezes ao dia 1 Três vezes ao dia ou mais 2 NSA 8 IGN 9</p>			
<p>24. Antes de dormir a <criança> escova seus dentes? [C29] Não 0 <i>Ler as alternativas</i> Sim 1 Às vezes 2 NSA 8 IGN 9</p>			
<p>A <criança> usa <item> quando escova os dentes?</p>			
<p>25. Fio dental [C30] Nunca 0 <i>Ler as alternativas</i> Às vezes 1 Sempre 2 NSA 8 IGN 9</p>			
<p>26. Líquidos para bochechos [C31] Nunca 0 <i>Ler as alternativas</i> Às vezes 1 Sempre 2 NSA 8 IGN 9</p>			

BLOCO D – HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO E CONSULTA COM DENTISTA		
<p>27. A <criança> toma ou tomava mamadeira à noite antes de dormir com leite, chás ou suco?</p> <p><i>Ler as alternativas</i></p> <p><i>Se (0) → pule para a questão 31</i></p> <p><i>Se (2) → pule para a questão 29</i></p> <p><i>Se (9) → pule para a questão 31</i></p>	<p>[D01]</p> <p>Sim, mas já parou 1</p> <p>Sim, ainda toma 2</p> <p>IGN 9</p>	<p>Nunca tomou 0</p>
<p>28. Até que idade tomou? __ __ meses</p> <p>(88) NSA (99) Ignorado</p>	[D02]	__ __
<p>29. Com que idade começou a tomar? __ __ meses</p> <p>(88) NSA (99) Ignorado</p>	[D03]	__ __
<p>30. Esta mamadeira continha açúcar, engrossantes ou achocolatados ?</p>	<p>[D04]</p> <p>às vezes 1</p> <p>sempre 2</p> <p>NSA 8</p> <p>IGN 9</p>	nunca 0
<p>31. Quantas vezes ao dia a <criança> come alimentos doces entre as refeições?</p> <p>Ex: bolachas recheadas, balas, pirulitos, chicletes, chocolates, etc</p> <p><i>Ler as alternativas</i></p>	<p>[D05]</p> <p>menos de uma vez ao dia 1</p> <p>uma vez ao dia 2</p> <p>duas vezes ao dia 3</p> <p>três vezes ao dia ou mais 4</p> <p>NSA 8</p> <p>IGN 9</p>	nunca come 0
<p>32. Quantas vezes ao dia a <criança> toma bebidas doces como sucos adoçados ou refrigerantes entre as refeições?</p> <p><i>Ler as alternativas</i></p>	<p>[D06]</p> <p>menos de uma vez ao dia 1</p> <p>uma vez ao dia 2</p> <p>duas vezes ao dia 3</p> <p>três vezes ao dia ou mais 4</p> <p>NSA 8</p> <p>IGN 9</p>	nunca toma 0
<p>33. A <criança> já consultou alguma vez com o dentista?</p> <p><i>Se (0) → pule para a questão 40</i></p> <p><i>Se (9) → pule para a questão 40</i></p>	<p>[D07]</p> <p>Sim 1</p> <p>IGN 9</p>	Não 0
<p>34. Quantos anos tinha a <criança> quando foi ao dentista pela primeira vez?</p> <p>(88) NSA (99) IGN</p>	[D08]	__ __ meses

<p>35. Qual foi o <u>principal</u> motivo desta consulta? (18) Outros _____</p>	<p>[D09] Dor 11 Dente quebrado/trauma 12 Cavidades nos dentes/cárie/restauração/obturação 13 Ferida, caroço ou manchas na boca 14 Rosto inchado 15 Tirar um dente que estava mole 16 Extrações/arrancar o dente (devido à cárie) 17 Outros 18 NSA 88 IGN 99</p>	<p>Consulta de rotina/manutenção 10</p>
<p>36. Onde a <criança> foi atendido? Outro _____</p>	<p>[D10] Posto de Saúde 0 Faculdade de odontologia 1 Escola que a criança estuda 2 Consultório particular 3 Convênio 4 Outro 5 NSA 8 IGN 9</p>	
<p>37. Quantos anos a <criança> tinha na última vez que foi ao dentista? <i>Se a criança só foi uma vez ao dentista anotar 77 e pular para 40</i> <i>Se nunca foi 88</i></p>	<p>[D11] _____ meses</p>	
<p>38. Qual foi o <u>principal</u> motivo desta consulta? (10) Outros _____</p>	<p>[D12] Dor 11 Dente quebrado/trauma 12 Cavidades nos dentes/cárie/restauração/obturação 13 Ferida, caroço ou manchas na boca 14 Rosto inchado 15 Tirar um dente que estava mole 16 Extrações/arrancar o dente (devido à cárie) 17 Aparelho 18 Prótese dentária 19 Outros 20 NSA 88 IGN 99</p>	<p>Consulta de rotina/prevenção 10</p>
<p>39. Onde a <criança> foi atendido? (5) Outro _____</p>	<p>[D13] Posto de Saúde 0 Faculdade de odontologia 1 Escola que a criança estuda 2 Consultório particular 3 Convênio 4 Outro 5 NSA 8 IGN 9</p>	

40. A Sra. acha que a <criança> tem medo de ir ao dentista? <i>Ler as alternativas</i>	[D14] Um pouco 1 Sim 2 Sim, muito 3 IGN 9	Não 0
41. A Sra. acha que a <criança> atualmente necessita ir ao dentista? <i>Se (0) → pule para a questão 43</i> <i>Se (2) → pule para a questão 44</i> <i>Se (9) → pule para a questão 44</i>	[D15] Sim 1 Está em tratamento com dentista 2 IGN 9	Não 0
42. Necessita ir a uma consulta com o dentista por qual motivo? <i>Após essa pergunta pule para 44</i>	[D16] Dor 11 Dente quebrado/trauma 12 Cavidades nos dentes/cárie/restauração/obturação 13 Ferida, caroço ou manchas na boca 14 Rosto inchado 15 Tirar um dente que estava mole 16 Extrações/arrancar o dente (devido à cárie) 17 Aparelho 18 Prótese dentária 19 Outros 20 NSA 88 IGN 99	Consulta de rotina/prevenção 10
43. Não precisa ir a uma consulta com o dentista por qual motivo? (2) Outro _____	[D17] Embora ele/a tenha algum problema, isso pode esperar 1 Outro 2 NSA 8 IGN 9	Por que está tudo bem com seus dentes 0
BLOCO E – SATISFAÇÃO E PROBLEMAS BUCAIS		
Ler para a mãe: Problemas com dentes, boca e maxilares (ossos da boca) e seus tratamentos podem afetar o bem-estar e a vida diária das crianças e suas famílias. Para cada uma das seguintes questões, por favor, escolha as opções de respostas que melhor descreve as experiências da <criança> ou a sua própria. Considere toda a vida da <criança>, desde o nascimento até agora, quando responder cada pergunta. Após cada pergunta ler as opções: (1) nunca, (2) quase nunca, (3) às vezes (de vez em quando), (4) com frequência, (5) com muita frequência, (9) não sei		
44. A <CRIANÇA> já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?	[E01] 1 2 3 4 5 9	
45. A <CRIANÇA> já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	[E02] 1 2 3 4 5 9	
46. A <CRIANÇA> já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	[E03] 1 2 3 4 5 9	

47. A <CRIANÇA> já teve dificuldade de pronunciar (falar) qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	[E04]	1	2	3	4	5	9
48. A <CRIANÇA> já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	[E05]	1	2	3	4	5	9
49. A <CRIANÇA> já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	[E06]	1	2	3	4	5	9
50. A <CRIANÇA> já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	[E07]	1	2	3	4	5	9
51. A <CRIANÇA> já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	[E08]	1	2	3	4	5	9
52. A <CRIANÇA> já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	[E09]	1	2	3	4	5	9
53. A <CRIANÇA> já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	[E10]	1	2	3	4	5	9
54. A Sra. ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da <CRIANÇA>?	[E11]	1	2	3	4	5	9
55. A Sra. ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da <CRIANÇA>?	[E12]	1	2	3	4	5	9
56. A Sra. ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da <CRIANÇA>?	[E13]	1	2	3	4	5	9
57. A <CRIANÇA> já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto (problema,dificuldade) financeiro na sua família?	[E14]	1	2	3	4	5	9

58. Desde as últimas 4 semanas, a <criança> sentiu dor de dente? <i>Se (1) → pule para a questão 60</i>	[E15]						Não 0
		Sim 1					
		NSA 8					
		IGN 9					
59. Nos últimos 6 meses a <criança> sentiu dor de dente? <i>Se (0) → pule para a questão 63</i> <i>Se (8) → pule para a questão 63</i> <i>Se (9) → pule para a questão 63</i>	[E16]						Não 0
		Sim 1					
		NSA 8					
		IGN 9					
60. Poderia me mostrar em qual dente foi esta dor? (pedir para a mãe apontar o dente e anotar o número do dente) <i>Se a mãe mostrar vários dentes anotar 77</i> <i>Se a mãe não souber anotar 99</i> 88 NSA	[E17]						— —

<p>61. O que foi feito para resolver essa dor?</p> <p>Outro _____</p>	<p>[E18] Deu remédio por conta própria 0 Levou ao dentista 1 Levou ao médico 2 Não precisou fazer nada, pois a dor passou 3 Outro 4 NSA 8 IGN 9</p>
<p>62. A Sra. poderia apontar neste cartão qual o desenho que representa melhor a dor que a <criança> sentiu? (esperar a resposta e anotar na coluna da direita) (8) NSA (9) IGN</p>	<p>[E19] —</p>
<p>63. A Sra. costuma olhar a boca da <criança> por dentro?</p>	<p>[E20] Sim 0 Não 1 às vezes 2 IGN 9</p>

AGORA PARA TERMINAR, FAREI POUCAS PERGUNTAS SOBRE A SUA SAÚDE BUCAL

BLOCO F – QUESTÕES RELACIONADAS À MÃE OU CUIDADOR

<p>64. Eu vou ler algumas frases e gostaria que a Sra. dissesse qual delas descreve melhor as suas consultas com o dentista: <i>Ler as alternativas</i></p> <p>(1) Eu nunca vou ao dentista (2) Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva. (3) Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não. (4) Eu vou ao dentista de maneira regular.</p>	<p>[F01] —</p>
<p>65. Que opção melhor descreve como a Sra. escova seus dentes? <i>Ler as alternativas</i></p> <p><i>Se (0) → pule para a questão 70</i> <i>Se (1) → pule para a questão 67</i></p>	<p>[F02] Eu não escovo nunca 0 Eu escovo, mas não todo dia 1 Eu escovo sempre, pelo menos uma vez ao dia 2</p>
<p>66. Em geral, quantas vezes a Sra. escova seus dentes por dia?</p>	<p>[F03] Uma vez ao dia 0 Duas vezes ao dia 1 Três vezes ao dia ou mais 2 NSA 8 IGN 9</p>
<p>A Sra. usa <item> quando escova os dentes?</p>	
<p>67. Pasta <i>Ler as alternativas</i></p>	<p>[F04] Nunca 0 Às vezes 1 Sempre 2 NSA 8 IGN 9</p>

68. Fio dental <i>Ler as alternativas</i>	[F05] Às vezes 1 Sempre 2 NSA 8 IGN 9	Nunca 0
69. Líquidos para bochechos <i>Ler as alternativas</i>	[F06] Às vezes 1 Sempre 2 NSA 8 IGN 9	Nunca 0
70. Comparando com as pessoas da sua idade, a Sra. considera a saúde dos seus dentes, da boca e das gengivas: <i>Ler as alternativas</i>	[F07] boa 1 regular 2 ruim 3 muito ruim 4 IGN 9	muito boa 0
71. A Sra. poderia apontar como a saúde dos seus dentes, da boca e das gengivas influencia a sua vida? 1 (um) significa influência muito ruim e 10 (dez) influência muito boa (marcar o número à direita)	[F08]	— —
72. A Sra. tem medo de ir ao dentista? <i>Ler as alternativas</i>	[F09] Um pouco 1 Sim 2 Sim, muito 3 IGN 9	Não 0
73. Lembrando dos seus dentes de cima, a Sra. tem : <i>Ler as alternativas</i>	[F10] 10 dentes naturais ou mais 0 Menos de 10 dentes naturais 1 Nenhum dente natural 2 IGN 9	
74. Lembrando dos seus dentes de baixo, a Sra. tem: <i>Ler as alternativas</i>	[F11] 10 dentes naturais ou mais 0 Menos de 10 dentes naturais 1 Nenhum dente natural 2 IGN 9	
75. Algum dentista já disse que a Sra. tem ou teve cárie?	[F12] Sim 1 NSA 8 IGN 9	Não 0

APÊNDICE C – Ficha Clínica

EXAMINADOR: _____ *QUES* _____ - _____

DATA DO EXAME: _____

1- PRESENÇA DE PLACA – IHOS MODIFICADO

P55	P61	P65
P85	P81	P75

2-LESÕES DE TECIDO MOLE (NÃO CONSIDERAR PETÉQUIAS)

Lesão 1 (0) não (1) sim ____	Lesão 2 (0) não (1) sim ____	Lesão 3 (0) não (1) sim ____
Local 1: __ (1) Língua (2) Assoalho da boca (3) Mucosa jugal (4) Palato (5) Gengiva/rebordo alveolar (6) Lábio superior (7) Lábio inferior (8) NA (9) OUTRO _____	Local 2: __ (1) Língua (2) Assoalho da boca (3) Mucosa jugal (4) Palato (5) Gengiva/rebordo alveolar (6) Lábio superior (7) Lábio inferior (8) NA (9) OUTRO _____	Local 3: __ (1) Língua (2) Assoalho da boca (3) Mucosa jugal (4) Palato (5) Gengiva/rebordo alveolar (6) Lábio superior (7) Lábio inferior (8) NA (9) OUTRO _____
Tipo 1: __ (1)Úlcera (2)Mancha (3)Placa (4) Erosão (5)Pápula/nódulo (6)Vesícula/Bolha (8) NA (9) outro_____	Tipo 2: __ (1)Úlcera (2)Mancha (3)Placa (4) Erosão (5)Pápula/nódulo (6)Vesícula/Bolha (8) NA (9) outro_____	Tipo 3: __ (1)Úlcera (2)Mancha (3)Placa (4) Erosão (5)Pápula/nódulo (6)Vesícula/Bolha (8) NA (9) outro_____
Tamanho 1: __ (1) ≤ 5 mm (2) 6-20 mm (3) > 20 mm (8) NA (9) IGN	Tamanho 2: __ (1) ≤ 5 mm (2) 6-20 mm (3) > 20 mm (8) NA (9) IGN	Tamanho 3: __ (1) ≤ 5 mm (2) 6-20 mm (3) > 20 mm (8) NA (9) IGN
Tu já tinhas percebido esta <TIPO> na boca da <CRIANÇA>? Há quanto tempo? FERIDA 1: __ (1) não , nunca (2) Sim, 1-6 meses (3) 6,1 a 12 meses (4) > 1 ano (8) NA (9) não sabe	Tu já tinhas percebido esta <TIPO> na boca da <CRIANÇA>? Há quanto tempo? FERIDA 2: __ (1) não , nunca (2) Sim, 1-6 meses (3) 6,1 a 12 meses (4) > 1 ano (8) NA (9) não sabe	Tu já tinhas percebido esta <TIPO> na boca da <CRIANÇA>? Há quanto tempo? FERIDA 3: __ (1) não , nunca (2) Sim, 1-6 meses (3) 6,1 a 12 meses (4) > 1 ano (8) NA (9) não sabe
Tu relacionas a presença de dor com este <TIPO>? DORFER 1: __ (1) Não (2) às vezes (3) Sim (8) NA (9) IGN	Tu relacionas a presença de dor com este <TIPO>? DORFER 2: __ (1) Não (2) às vezes (3) Sim (8) NA (9) IGN	Tu relacionas a presença de dor com <TIPO>? DORFER 3: __ (1) Não (2) às vezes (3) Sim (8) NA (9) IGN

3-MANCHAS NEGRAS <i>NEGRAS:</i> __	4-LOCAL DA MANCHA <i>LOCNEG:</i> __
(0) Ausente	(0) Arco superior
(1) Presente, em forma de linha no contorno gengival	(1) Arco inferior
(2) Presente, contorno e disseminada pela coroa e/ou sulcos, fósulas e fissuras	(2) Ambos os arcos
	(8) NA

5- ESTÁGIO DE ERUPÇÃO (OBSERVAR A LINHA DE OCLUSÃO)

- (0) Não erupcionado
- (1) Início de erupção
- (2) Fossa distal com capuz
- (3) Oclusal liberada (tecido gengival na altura da crista marginal)
- (4) Em oclusão

E16	E26
E46	E36

6. ANÁLISE DA OCLUSÃO

Chave de caninos direita (1) classe I (2) classe II (3) classe III (8) NA (9) IGN	<i>CANDIR</i> _____
Chave de caninos esquerda (1) classe I (2) classe II (3) classe III (8) NA (9) IGN	<i>CANESQ</i> _____
Sobressaliência (0) normal (1) aumentado (2) topo a topo (3) cruzada anterior (8) NA (9) IGN	<i>SOB</i> _____
Sobremordida (0) normal (1) reduzida (2) aberta (3) profunda (8) NA (9) IGN	<i>ABERTA</i> _____
Mordida cruzada posterior (0) não (1) unilateral (2) bilateral (8) NA (9) IGN	<i>CRUZADA</i> _____
OCCLUSÃO (OMS) (0) nenhuma (1) leve (2) moderada ou grave (8) NA (9) IGN	<i>OMS</i> _____

7. CONDIÇÕES DA COROA DENTÁRIA- ceo-s

55	O	M	V	D	L		O	M	V	D	L	75
54												74
53												73
52												72
51												71
61												81
62												82
63												83
64												84
65												85



ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PELOTAS, 29 de junho de 2009.

PARECER N° 100/2009

O projeto de pesquisa intitulado **DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE BUCAL INFANTIL: ANÁLISE GERACIONAL NAS COORTES DE NASCIMENTO NO SUL O BRASIL** está constituído de forma adequada, cumprindo, na suas plenitudes preceitos éticos estabelecidos por este Comitê e pela legislação vigente, recebendo, portanto, **PARECER FAVORÁVEL** à sua execução.



Prof.º Marcos Antonio Torriani
Coordenador do CEP/FO/UFPel

Prof. Marcos A. Torriani
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa