

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Faculdade de Odontologia**  
**Programa de Pós-Graduação em Odontologia**



**Dissertação**

**Prevalência e fatores associados ao medo odontológico em crianças escolares  
de 8 a 12 anos de idade**

**Ethieli Rodrigues da Silveira**

**Pelotas, 2015**

**ETHIELI RODRIGUES DA SILVEIRA**

**Prevalência e fatores associados ao medo odontológico em crianças escolares  
de 8 a 12 anos de idade**

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: Prof. Dra. Marina Sousa Azevedo

Coorientadoras: Prof. Dra. Marília Leão Goettems

Prof. Dra. Dione Dias Torriani

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

S587p Silveira, Ethieli Rodrigues da

Prevalência e fatores associados ao medo odontológico em crianças escolares de 8 a 12 anos de idade / Ethieli Rodrigues da Silveira ; Marina Sousa Azevedo, orientadora ; Marília Leão Goettems, Dione Dias Torriani, coorientadoras. — Pelotas, 2015.

84 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Ansiedade ao tratamento odontológico. 2. Criança. 3. Epidemiologia. I. Azevedo, Marina Sousa, orient. II. Goettems, Marília Leão, coorient. III. Torriani, Dione Dias, coorient. IV. Título.

Black : D602

Autor: Ethieli Rodrigues da Silveira

Título: Prevalência e fatores associados ao medo odontológico em crianças  
escolares de 8 a 12 anos de idade

Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Odontopediatria, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 20 de fevereiro de 2015.

**Banca examinadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marina Sousa Azevedo (orientadora)

Doutora em odontopediatria pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Marcos Britto Correa

Doutor em cariologia pela Universidade Federal de Pelotas

Dr<sup>a</sup>. Vanessa Polina Pereira Costa

Doutora em odontopediatria pela Universidade Federal de Pelotas

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lisandra Rocha Schardosin (suplente)

Doutora em estomatologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

## Agradecimentos

Agradeço ao **Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pelotas**, ao coordenador **Maximiliano Sérgio Cenci**, pela oportunidade de fazer parte deste programa.

Algumas pessoas foram definidoras da minha caminhada acadêmica e preciso agradecê-las sempre:

À Prof<sup>a</sup> **Dr<sup>a</sup> Dione Torriani** (*in memoriam*), porque foi quem despertou meu amor pela odontopediatria e minha admiração pela arte de ensinar.

À Prof<sup>a</sup> **Dr<sup>a</sup> Lisandrea Schardosim**, pelo sorriso e incentivo constantes, obrigada pela confiança e oportunidades.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> **Dr<sup>a</sup> Marina Azevedo**, por fazer parte da minha caminhada deste a banca da graduação, me conduzindo também na residência e agora no mestrado. É meu exemplo maior, parceira de incontáveis manhãs, a quem dirijo toda a minha admiração pela indubitável competência.

Ao Prof **Dr Flávio Demarco**, por ser exemplo de um verdadeiro líder, por me apresentar novos caminhos e me permitir sonhar com novos voos.

Vocês são minhas referências, sem vocês não seria possível chegar até aqui. Agradeço de todo coração!

À grande família que é a **equipe da odontopediatria**.

À Prof<sup>a</sup> **Dr<sup>a</sup> Marília Leão Goettems**, minha coorientadora, pelo apoio fundamental no início deste projeto.

Às Prof<sup>a</sup> **Dr<sup>a</sup> Maria Laura e Ana Romano**, obrigada pelo aprendizado e convivência.

Às minhas colegas de área, **Mari, Luíza, Vanessa, Denise, Gabi e Luísa**.  
Apreendi muito e sou muito grata pela amizade de vocês.

À minha colega e amiga de tantas jornadas, **Fran**, pelo ombro amigo, ajuda e parceria além deste programa.

À **Sabrina**, secretária da odontopediatria e acima de tudo anjo-da-guarda em tantos momentos.

Aos meus pais, **Beth e Paulo**, por vibrarem a cada conquista, são quem está sempre torcendo por mim.

Às minhas irmãs, **Edrissa e Elisiane**, e minhas sobrinhas, **Luísa e Valentina**, pelos sorrisos e abraços.

Ao meu noivo, **Rui Carlos**, por ser meu esteio e apoio para cada novo passo.

Agradeço especialmente a **todas as crianças** que conheci na clínica infantil e a **todos os pais** que confiaram a mim o sorriso de seus pequenos.

Dedico este trabalho à memória da Prof<sup>a</sup> Dione, minha orientadora na graduação e no início deste mestrado. Porque desde que a conheci soube quem eu queria ser. Porque foi para mim, desde o início, um espelho. Pela sua intensidade, sua seriedade sempre permeada por uma doçura muito característica. Porque sou agradecida por tudo que fez por mim; também pelo que não fez e por isso me tornou capaz de fazer; e por tudo que, tenho certeza, ainda que será responsável na minha jornada. Porque tinha este "não-sei-que" de professora-mãe. Porque parecendo mãe, sabia equilibrar carinho e exigência. Porque este "parecer-se" fez com que eu identificasse, instantaneamente, um norte. Porque é alvo das minhas orações, hoje e em outros dias tantos. Porque, tenho certeza, a despedida não é mais que um "até breve".

## **Notas preliminares**

Esta dissertação foi redigida de acordo com as Normas para Dissertações, Teses e Trabalhos Científicos da Universidade Federal de Pelotas do ano de 2013, adotando o nível de descrição em Artigo.

O projeto de pesquisa que compõe este volume está apresentado conforme sugestões da Banca Examinadora composta pela Profa. Dra. Ana Regina Romano, Prof. Dr. Marcos Britto Correa, Prof. Dr. Flávio Fernando Demarco e Profa. Dra. Marina Sousa Azevedo e obteve aprovação em Agosto de 2013.

## Resumo

SILVEIRA, Ethieli Rodrigues da. **Prevalência e fatores associados ao medo odontológico em crianças escolares de 8 a 12 anos de idade.** 2015. 84f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

O medo odontológico é um problema comum e um desafio importante para muitos clínicos. Assim, é de extrema importância ter mais conhecimento sobre sua ocorrência e fatores associados em crianças escolares, para minimizar essa condição e melhorar a qualidade da atenção odontológica. Este estudo transversal avaliou a prevalência e fatores associados ao medo em escolares de 8 a 12 anos de idade. Alunos matriculados em 20 escolas públicas e privadas em uma cidade do sul do Brasil foram selecionados através de amostragem multi-estágio. Características sociodemográficas, consulta odontológica e hábitos de higiene bucal da criança foram coletados por meio de questionários aplicados aos pais e filhos. Para medir a prevalência de medo foi utilizada a “dental anxiety question” (DAQ). Os participantes que responderam “um pouco”, “sim” e “sim, muito” foram consideradas como tendo medo odontológico. No exame clínico das crianças foi avaliada a presença de cárie dentária (CPO-D/ceod) e sangramento gengival. Os dados foram analisados por meio de regressão de Poisson com variância robusta [razão de prevalência (PR); Intervalo de confiança de 95% (CI)] Um total de 1.202 crianças foram incluídas. A prevalência medo odontológico foi de 24,6%. Após o ajuste, as meninas [PR = 1,71 (IC 95%: 1,31-2,22)], as crianças de famílias mais pobres [RP = 1,96 (IC 95%: 1,36-2,83)], aquelas que tinham cárie [PR = 1,32 (IC 95%: 1,01 -1,72), e que nunca tinham ido ao dentista [PR = 1,85 (IC 95%: 1,42-2,41) permaneceram significativamente associados com medo odontológico. A alta prevalência de medo indica que este é um problema comumente encontrado entre crianças em idade escolar. Meninas e crianças de famílias pobres tem maior chance de sentir medo. Atendimento odontológico precoce e prevenção de cárie são fatores importantes para evitar o medo.

Palavras Chave: Ansiedade ao tratamento odontológico; criança; epidemiologia

## Abstract

SILVEIRA, Ethieli Rodrigues da. **Dental fear in children from 8 to 12 years: prevalence and associated factors.** 2015. 84f. Graduation Monograph. – School of Dentistry. Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil.

Dental fear is a common problem and an important challenge for many clinicians. It is thus of importance to know more about dental fear occurrence among schoolchildren and factors associated with this fear to prevent this condition and improve the quality of dental treatments. This cross-sectional study evaluated the prevalence of dental fear and associated factors in schoolchildren aged 8 to 12 years old. Schoolchildren enrolled in 20 public and private schools in a Brazilian southern city were selected using a multi-stage sample design. Sociodemographic characteristics, children dental visit and oral hygiene habits were assessed by questionnaires applied to parents and children. The Dental Anxiety Question was used to measure dental fear prevalence. Participants who responded 'a little', 'yes, quite' and 'yes, much' were considered to have dental fear. Children's clinical examination was conducted evaluating the presence of dental caries (DMFT/dmft index) and gingival bleeding. Data were analyzed using Poisson regression with robust variance [prevalence ratio (PR); 95% confidence interval (CI)]. Results: A total of 1202 children were included. Dental fear prevalence was 24.6%. After the adjustment, girls [PR= 1.71 (CI95%: 1.31-2.22)], children from poorer families [PR=1.96 (CI95%: 1.36 – 2.83)], those who had decayed (D/d index>0) [PR=1.32 (CI95%: 1.01–1.72), and who had never gone to the dentist [PR=1.85 (CI95%: 1.42 – 2.41) remained significantly associated with dental fear. The prevalence of dental fear found in this study indicates that it is a common problem encountered among schoolchildren. Early dental care and dental caries prevention are important factors to prevent dental fear, especially among girls and children from poor families.

Keywords: Child; Dental anxiety; Epidemiology

## Lista de Figuras

### Projeto de Pesquisa

- Figura 1. Relação de escolas sorteadas de acordo com a rede de ensino..... 24
- Figura 2. Modelo de determinação teórico hierárquico para o desfecho medo odontológico e as variáveis independentes a serem estudadas..... 34

## Lista de Tabelas

### Projeto de Pesquisa

Tabela 1. Categorização das variáveis independentes – Socioeconômicas, demográficas e clínicas.....	21
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### Artigo Científico

Tabela 1. Sample distribution and prevalence of dental fear according to sociodemographic characteristics, and oral health behavior. Pelotas, Brazil, 2010.....	52
Tabela 2. Association between dental fear and the independent variables according to adopted conceptual model (Poisson regression analysis, prevalence ratios with 95% confidence intervals in parentheses) .....	54

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**CPQ** - *Child Perceptions Questionnaire*

**INEP** – Instituto Nacional de Pesquisas e Estudos Educacionais Anísio Teixeira

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**UFPEl** – Universidade Federal de Pelotas

**DDE** – Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte

**ceod/CPOD** – Índice de dentes cariados, perdidos e obturados

**ISG** – Índice de Sangramento Gengival

**IPV** – Índice de Placa Visível

**DAQ** – *Dental Anxiety Question*

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

## Sumário

	p.
<b>1</b>	<b>Introdução..... 15</b>
<b>2</b>	<b>Projeto de Pesquisa..... 18</b>
<b>2.1</b>	<b>Antecedentes e Justificativa..... 18</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos..... 22</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Objetivo Geral ..... 22</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Objetivos específicos..... 22</b>
<b>2.3</b>	<b>Metodologia..... 22</b>
<b>2.3.1</b>	<b>Considerações éticas..... 22</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Delineamento do estudo..... 23</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Localização do estudo e população..... 23</b>
<b>2.3.4</b>	<b>Processo amostral ..... 24</b>
<b>2.3.5</b>	<b>Critérios de elegibilidade ..... 25</b>
<b>2.3.5.1</b>	<b>Critérios de inclusão ..... 25</b>
<b>2.3.5.2</b>	<b>Critério de exclusão..... 25</b>
<b>2.3.6</b>	<b>Coleta de dados ..... 25</b>
<b>2.3.7</b>	<b>Instrumentos de coleta de dados ..... 26</b>

2.3.7.1	Questionário aos pais .....	26
2.3.7.2	Entrevista com as crianças .....	26
2.3.7.3	Exame clínico de saúde bucal.....	27
2.3.7.4	Condições avaliadas .....	27
2.3.8	Pré-teste dos questionários e entrevistas .....	27
2.3.9	Treinamento e calibração da equipe .....	28
2.3.9.1	Treinamento e calibração do exame clínico .....	28
2.3.9.2	Treinamento dos questionários.....	29
2.3.10	Controle de qualidade das entrevistas .....	29
2.3.11	Variáveis que serão utilizadas para este estudo.....	29
2.3.11.1	Desfecho.....	29
2.3.11.2	Variáveis exploratórias principais.....	30
2.3.12	Modelos de Análise.....	32
2.3.12.1	Análise descritiva e bivariada.....	32
2.3.12.2	Análise multivariada.....	32
2.4	Cronograma .....	35
2.5	Orçamento.....	36
2.5.1	Financiamento.....	36
2.5.2	Orçamento Atual.....	36
3	Relatório do trabalho de Campo.....	37

<b>4</b>	<b>Artigo Científico.....</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>Conclusões.....</b>	<b>61</b>
	<b>Referências.....</b>	<b>62</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>67</b>
	<b>Apêndices.....</b>	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O medo pode ser entendido como uma grande apreensão frente a algo real e específico, com a presença de um objeto diretamente relacionado. Por outro lado, entende-se como ansiedade o sentimento de apreensão ligado à situações não determinadas, nem sempre associadas a um perigo real (KLATCHOIAN, 2002). As palavras medo e a ansiedade vêm sendo utilizadas na literatura como sinônimos e assim será feito neste trabalho.

Sabe-se que medo ou ansiedade odontológica pode acontecer em qualquer idade, mas são eventos frequentemente ligados à infância (LOCKER et al., 1999), sendo reconhecido com evento gerador de problemas de saúde que podem até mesmo persistir na adolescência (OBA et al., 2009). Assim, este é um assunto especialmente relevante para a área de odontopediatria, que para sua boa prática necessita da cooperação dos pacientes (TORRIANI et al., 2013).

O desenvolvimento da criança compreende fases em que o medo e a ansiedade são mecanismos normais de enfrentamento, fazendo parte do instinto fisiológico de proteção. No entanto, tornam-se alvo de preocupação quando começam a afetar a normalidade da rotina de um indivíduo, criando situações patológicas (KLINGBERG, BROBERG, 2007). Neste contexto, a Odontologia vem percebendo a importância de compreender os mecanismos que regulam o comportamento (HAKIN, HAZAK, 2014), dada sua relevância para a prática clínica.

Indivíduos que sofrem de medo ou ansiedade tendem a evitar o consultório odontológico, inserindo-se em um ciclo onde o medo leva à evasão do consultório, o que contribui para uma piora na condição de saúde bucal, gerando a necessidade de tratamentos mais invasivos e conseqüentemente maiores índices de medo (LEE et al., 2008; TICKLE et al., 2009). Assim, estudos já demonstram que crianças com índices elevados de medo apresentam maiores índices de cárie e dor dental (OBA et al., 2009; COLARES et al., 2012).

A prevalência de medo odontológico varia amplamente na literatura, havendo relatos que variam de 6,1% (OLAK et al., 2013) até aproximadamente 40% (COLARES et al., 2013). Possivelmente essas diferenças aconteçam devido as grandes diferenças culturais, sociais e econômicas entre as populações, além das características próprias das pesquisas, como delineamento e instrumento utilizado na avaliação (KLINGBERG, BROBERG, 2007).

A literatura tem mostrado que inúmeros fatores podem estar correlacionados com a presença de medo, desde características específicas da criança, como idade, sexo e experiência odontológica, até características ambientais e familiares, como medo dos pais e condições socioeconômicas (SALEM et al., 2012; LARA et al., 2012; PARYAB et al, 2013).

A manifestação do medo odontológico acontece mais frequentemente em crianças mais jovens, devido à sua dificuldade para compreender o tratamento odontológico e imaturidade para controlar emoções (KLINGBERG, BROBERG, 2007; PARYAB, HOSSEINBOR, 2013). Já a correlação entre sexo e medo não está completamente esclarecida, enquanto alguns estudos demonstram maior prevalência de medo entre meninas (SALEN ET AL, 2012; KRIKKEN ET AL, 2013) outros não encontram associação (KLINGBERG, BROBERG, 1998; TORRIANI et al, 2014).

As experiências odontológicas da criança bem como as manifestações dos pais acerca de suas próprias vivências também são fatores que influenciam a prevalência do medo. Crianças cujas experiências odontológicas envolveram procedimentos invasivos e/ou tiveram dor de origem dental sofrem de maior ansiedade odontológica (COLARES et al, 2013; TORRIANI et al, 2014). Também, filhos de pais que sofrem de medo apresentam maiores índices (MILSON et al, 2003; LARA et al, 2012; CREGO et al, 2013).

Além das experiências odontológicas, outros fatores familiares influenciam a presença de medo, como o nível socioeconômico e a escolaridade materna. Crianças cujas famílias apresentam níveis econômicos mais baixos e cujas mães possuem 4 anos ou menos de estudo são significativamente associadas à presença

de medo odontológico (TOWNEND et al., 2000; NUTTALL et al., 2008; OLIVEIRA, COLARES, 2009, COLARES et al.; 2013 TORRIANI et al., 2014).

Mesmo frente à sua relevância clínica, os fatores relacionados à presença de medo odontológico em crianças em idade escolar é objeto de poucos estudos. Identificar os fatores relacionados ao medo é fundamental para que medidas de prevenção e manejo sejam pensadas. Entendendo a importância de esclarecer sobre estes fatores e determinar a prevalência deste agravo, elaborou-se este trabalho.

## **2 PROJETO DE PESQUISA**

### **2.1 Antecedentes e Justificativa**

O medo é uma emoção considerada inevitável e indispensável. Através do medo o indivíduo é capaz de evitar situações de perigo, além de fazer parte do fenômeno fisiológico de luta ou fuga. No entanto, o medo pode levar uma pessoa a evitar ou fugir de situações antes que possa avaliar com clareza se está realmente em perigo (CHAPMAN, KIRBY-TURNER, 1999).

O choro, a sudorese, a salivação e as alterações fisionômicas e na frequência cardíaca são acontecimentos comuns durante crises de medo e ansiedade. Isto acontece porque a área cerebral que controla o comportamento emocional é também responsável pelo domínio do sistema nervoso autônomo. Todo este processo acontece principalmente nas regiões do hipotálamo, área pré-frontal e sistema límbico. (MACHADO, 2003).

As palavras medo e a ansiedade vêm sendo utilizadas na literatura como sinônimos e enquanto vivência psicológica apresentam-se de maneira associada (KLATCHOIAN, 2002, ARMFIELD, 2010). No entanto, conceitualmente pode-se definir o medo como uma grande apreensão frente a algo real e específico, com a presença de um objeto diretamente relacionado. Já a definição de ansiedade versa sobre a apreensão frente a situações não determinadas, nem sempre associadas a um perigo real (KLATCHOIAN, 2002). Comparativamente considera-se que incidência de ansiedade seja mais comum, devido a sua íntima relação com diversos distúrbios de comportamento (ARMFIELD, 2010). Ambos, medo e ansiedade, são problemas comuns, que podem afetar pessoas de todas as idades, mas parecem desenvolver-se principalmente na infância e adolescência (LOCKER et al., 1999).

O medo odontológico é um acontecimento de grande relevância para a Odontologia, mas é especialmente importante para Odontopediatria, área que

preocupa-se sobremaneira com o bem-estar do paciente e depende de sua colaboração durante a execução dos procedimentos (TORRIANI et al., 2014).

Apesar dos enormes avanços na odontologia, nos campos de controle da dor e formas de tratamento odontológico, por exemplo, o manejo do medo e da ansiedade no consultório odontológico não tem mostrado avanços ao longo dos últimos 50 anos (GUSTAFSSON et al., 2007). Isto parece demonstrar que as modificações dos sentimentos e emoções envolvidos durante o atendimento odontológico não acompanham as conquistas da área.

A prevalência do medo odontológico é altamente variável, podendo haver desde 6,1% (OLAK et al., 2013) até aproximadamente 40% (COLARES et al., 2013) das crianças experimentando algum nível de medo ou ansiedade que dificultam a realização do tratamento odontológico. A incidência deste sentimento vem sendo associado a diversos fatores, sendo estes divididos em características diretas, isto é, os fatos vivenciados ou próprios da criança, ou indiretas, representadas pelas condições familiares ou ambientais (SALEM et al., 2012; NEWTON et al., 2012).

O sexo é uma das características da criança que pode estar relacionada com a manifestação do medo, sendo referido que as meninas frequentemente têm índices um pouco mais elevados de medo e ansiedade do que os meninos da mesma faixa etária (NAKAI, 2005; SALEM et al., 2012; TORRIANI et al., 2014). É importante ressaltar que a faixa etária da criança também pode estar correlacionada com a presença de medo, crianças mais jovens são mais suscetíveis (Oba et al, 2009; Paryab et al, 2013). Além disso, estudos têm sugerido que o medo odontológico pode ser fruto de características específicas da personalidade da criança (KLINGBERG, BROBERG, 1998; KLINGBERG, BROBERG, 2007; SALEM et al., 2012). Em particular, as crianças que apresentam mais medo do dentista podem ter maiores índices de timidez e emoções negativas (KLINGBERG, BROBERG, 1998).

A experiência odontológica vivenciada pela criança também pode afetar sua ansiedade frente às novas vivências no consultório odontológico. Torriani et al. (2013) realizaram estudo sobre fatores associados ao medo odontológico em crianças com 5 anos de idade, encontrando uma prevalência de medo de 16,8%, sendo esta maior entre as crianças sem experiência odontológica e entre aquelas

que foram ao dentista pela primeira vez por motivos curativos ou de urgência. Além disso, crianças com restaurações parecem apresentar-se significativamente menos ansiosas do que aquelas sem atendimento odontológico anterior (NICOLAS et al., 2010).

A correlação entre o medo odontológico e o nível de saúde bucal já foi apresentada na literatura (LUOTO et al., 2009; OBA et al., 2009; NICOLAS et al., 2010). A presença de cáries e dor podem ser determinantes importantes. Crianças que apresentam pelo menos um dente com lesão de cárie apresentam níveis mais altos de medo (PRAMILA et al., 2010; NICOLAS et al., 2010; TORRIANI et al., 2014), além disso o índice CPOD-ceod aumenta de forma diretamente proporcional ao nível de medo odontológico em crianças (OBA et al., 2009). Em um estudo realizado com 970 crianças com idade entre 5 e 12 anos de idade, Colares et al. (2012) encontraram uma prevalência média de medo em 39.4% das crianças, com maiores índices nas crianças com história de dor dental.

A postergação do tratamento odontológico em razão do medo ou ansiedade da criança pode gerar situações em que os procedimentos mais conservadores deixam de ser uma opção viável (NEWTON et al., 2012; LARA et al., 2012). Esta situação cria um círculo vicioso, caracterizado por evasão do consultório, que leva a deterioração da condição dentária, que conduz à necessidade de tratamentos mais invasivos, que contribuem para o aumento do medo odontológico (CHAPMAN, KIRBY-TURNER, 1999; LEE et al., 2008; TICKLE et al., 2009). Portanto, uma das maneiras mais eficazes de se evitar o medo e consequente comportamento negativo seria o estabelecimento de uma rotina de consultas odontológicas preventivas. Crianças que somente são levadas ao dentista quando já estão com dor, tornam-se mais propensas a realização de procedimentos mais invasivos, como a exodontia (LEVINE, 2008).

Além das características específicas da criança e suas experiências, a manifestação de medo por parentes próximos também é uma variável importante. (KLINGBERG, BROBERG, 1998; KLINGBERG, BROBERG, 2007; RANTAVUORI et al., 2009; LARA et al., 2012, COLARES et al., 2013). Assim, o ambiente social e a família são sugeridos como determinantes que podem influenciar o medo de dentista em crianças (BOMAN et al., 2008; LEE et al., 2008;

NUTTALL et al., 2008; RANTAVUORI et al., 2009; LARA et al., 2012; CREGO et al., 2013, COLARES et al., 2013). Existe uma forte associação entre o medo da criança e o medo dos pais e esta relação pode acontecer não apenas pela questão do comportamento imitativo, mas porque as percepções cognitivas do medo são passadas de pais para filho (THEMESSL-HUBER ET AL., 2010; CREGO ET AL., 2013). Além de o comportamento familiar ter influência no medo odontológico, o nível de escolaridade da mãe e o nível socioeconômico da família também podem estar associados a esta questão. Mães com 4 anos ou menos de estudo e famílias com renda familiar mais baixa são fatores significativamente associados à presença de medo odontológico na criança (TOWNEND et al., 2000; NUTTALL et al., 2008; OLIVEIRA, COLARES, 2009, COLARES et al.; 2013 TORRIANI et al., 2014).

A qualidade de vida também é negativamente relacionada ao medo odontológico, especialmente em áreas como o bem-estar psicológico e funções sociais (MEHRSTEDT et al., 2004, LUOTO et al., 2009). Em um estudo realizado com crianças entre 11 e 14 anos de idade, Luoto et al. (2009) utilizando o questionário Child Perceptions Questionnaire (CPQ) encontraram que o medo odontológico causa efeitos negativos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

A minimização da ansiedade e medo deve ser foco da atenção do cirurgião dentista, (PANDA, 2013; WILSON, 2013), considerando-se que o manejo incorreto destes sentimentos pode causar, além do baixo nível de cooperação, a desistência do tratamento (SALEM et al., 2012; ARMFIELD, 2013; WILSON, 2013). Logo é indispensável que os dentistas sejam capazes de reconhecer e manejar corretamente os pacientes mais temerosos, buscando promover uma relação mais tranquila e saudável entre a equipe odontológica e o paciente (PANDA, 2013).

Estudos abordando o medo odontológico e fatores associados são escassos na literatura, especialmente com crianças na faixa etária escolar. Considerando-se que o medo e a ansiedade mostram-se associados com uma saúde bucal inadequada, dificultam o atendimento odontológico e afetam a qualidade de vida da criança é de suma importância aprofundar os conhecimentos que estão relacionados aos elementos envolvidos na gênese e manutenção destes sentimentos (CREGO et al., 2013).

## **2.2 Objetivos**

### **2.2.1 Objetivo geral:**

Estimar a prevalência e os fatores associados ao medo odontológico entre crianças escolares de 8 a 12 anos.

### **2.2.2 Objetivos específicos:**

- Verificar a associação entre o medo odontológico da criança e as características demográficas e os aspectos socioeconômicos;
- Verificar a associação do medo odontológico da criança com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal;
- Verificar associação do medo odontológico com as condições de saúde bucal; experiência odontológica prévia.

## **2.3 Metodologia**

Neste capítulo serão apresentados os pontos mais relevantes da metodologia utilizada no trabalho. Uma descrição mais detalhada da metodologia e logística empregadas pode ser encontrada em Goettems et al. (2013).

### **2.3.1. Considerações éticas**

Este estudo foi previamente avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, do qual obteve parecer favorável à sua execução (Parecer 160/ 2010) (ANEXO 1).

Todos os participantes deste estudo possuíam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) por escrito, assinado pelos pais ou responsáveis legais seguindo as recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As crianças participantes receberam de brinde um *kit* contendo escova dental e pasta além de instrução de higiene.

As seguintes ações foram planejadas visando garantir o retorno de benefícios às escolas e alunos envolvidos no projeto:

- a. Foram disponibilizados os resultados obtidos no exame de saúde bucal para cada aluno, de forma escrita (APÊNDICE B).
- b. As crianças com necessidade de tratamento odontológico foram encaminhadas à Faculdade de Odontologia. Um Projeto de Extensão desenvolvido para essa população de escolares atendeu a demanda, realizando procedimentos restauradores, endodônticos e preventivos, os quais supriram a resolução de grande parte dos problemas que eventualmente as crianças apresentaram.
- c. O Programa colocou-se à disposição para a realização de ações de educação em saúde nas escolas.

### **2.3.2 Delineamento**

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo transversal, de base escolar. O estudo transversal permite descrever as condições de saúde de uma dada população em determinada área e tempo e também testar associação entre a distribuição do agravo e fatores de exposição (JESUS et al., 2010).

### **2.3.3 Localização do estudo e população de referência**

Pelotas localiza-se na região sul do Rio Grande do Sul, a cerca de 260km de Porto Alegre, capital do estado. A cidade possui uma população de 327.778 habitantes, sendo que 305.696 residem na zona urbana (IBGE, 2010).

Segundo os resultados do Censo Escolar, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, do Ministério da Educação, o número de crianças matriculadas no Ensino Fundamental foi de 20.829 em Escolas Municipais, 19.182 em Escolas Estaduais e 6.222 em Escolas Privadas em 2010 (INEP, 2010). De acordo com a Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul a cidade possui, devidamente regulamentadas, 25 escolas particulares, 38 escolas estaduais e 53 escolas municipais que oferecem ensino fundamental.

A população de referência, sobre a qual se obteve informações são crianças de 8 a 12 anos moradoras da zona urbana do município de Pelotas e matriculadas

em escolas públicas e privadas no ano de 2010. O número total de crianças de 8 a 12 anos em Pelotas em 2010 era de 25.628.

### 2.3.4 Processo amostral

A amostragem foi obtida através da técnica de conglomerado em duplo estágio. Na primeira etapa, foram sorteadas as unidades primárias (escolas). O sorteio foi realizado manualmente, de forma ponderada, levando em consideração o número de estudantes matriculados em cada escola no ano de 2009. Vinte escolas foram selecionadas, o que garante a variabilidade das características analisadas (BENNETT, 1964). Respeitando-se a proporção de escolas municipais, estaduais e particulares no município, foram incluídas 9 escolas municipais, 6 estaduais e 5 particulares. A Fig. 1 mostra as escolas incluídas. Todas as escolas sorteadas aceitaram participar do trabalho.

<b>Nome</b>	<b>Rede de ensino</b>
1. Escola Fundamental Luterana Emanuel	Privada
2. Escola de Ensino Fundamental Castro Alves	Privada
3. Escola de Ensino Fundamental São Francisco de Assis	Privada
4. Colégio Gonzaga	Privada
5. Colégio Nossa Senhora da Luz	Privada
6. Escola Dr. Procópio Duval Gomes Freitas	Estadual
7. Escola Santo Antônio	Estadual
8. Escola Cassiano do Nascimento	Estadual
9. Escola de Ensino Fundamental Luiz Carlos Corrêa da Silva	Estadual
10. Escola Sagrado Coração de Jesus	Estadual
11. Escola Nossa Senhora de Fátima	Estadual
12. Escola Nossa Senhora do Carmo	Municipal
13. Escola Jacob Brod	Municipal
14. Escola de Ensino Fundamental Independência	Municipal
15. Escola Dr. Brum Azevedo	Municipal
16. Escola Antônio Joaquim Dias	Municipal

17. Escola Municipal Cecília Meireles	Municipal
18. Escola Círculo Operário Pelotense	Municipal
19. Escola Luiz Augusto Assumpção	Municipal
20. Escola Dr. Francisco Campos Barreto	Municipal

Figura 1. Relação de escolas sorteadas de acordo com a rede de ensino.

Os alunos, as unidades de segundo estágio, foram selecionados nas escolas sorteadas através do sorteio de uma turma em cada série, de 2ª a 6ª série, considerando a faixa etária estudada. Todas as crianças matriculadas nas turmas sorteadas foram convidadas a participar.

### **2.3.5 Critérios de elegibilidade**

#### **2.3.5.1 Critérios de inclusão**

Para inclusão no estudo, as crianças deveriam:

- Possuir entre 8 e 12 anos completos no momento do estudo;
- Estar matriculada em escolas da zona urbana do município de Pelotas no ano de 2010;
- Estar em fase de dentição mista ou permanente, devendo apresentar no mínimo metade da coroa dos incisivos erupcionados.

#### **2.3.5.2 Critério de exclusão**

Foram excluídas do estudo crianças com deficiência física e/ou mental.

### **2.3.6 Coleta de dados**

A coleta de dados foi composta pelas seguintes fases:

- **Aplicação de questionário aos pais:** Juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a carta de apresentação foi enviado aos pais um questionário. Os questionários foram recolhidos após 2 dias da entrega. As turmas foram visitadas três vezes, de forma que as crianças que não estavam presentes na primeira visita fossem convidadas a participar e pudessem retornar o questionário.

- **Realização de entrevista e exame clínico:** As entrevistas das crianças e exame físico foram realizadas em salas de aulas nas escolas visitadas. Uma secretária agendava o dia de visita da equipe à escola. A coleta de dados foi realizada por seis examinadores (Cirurgiões-dentistas), anotadores e entrevistadores (acadêmicos de Odontologia – UFPel). Cada escola foi visitada quantas vezes fossem necessárias para que a perda não ultrapassasse 10% dos alunos que entregaram o termo de consentimento assinado.

## **2. 3.7 Instrumentos de coleta de dados**

### **2.3.7.1 Questionário aos pais**

Foram coletadas informações sobre características socioeconômicas familiares e história odontológica da criança, dentre outras informações que serão utilizadas por outros estudos realizados conjuntamente. O questionário completo está demonstrado no Apêndice C.

### **2.3.7.2 Entrevista com as crianças**

As crianças responderam entrevista que continha, dentre outras informações, questões: demográficas (sexo, idade, estrutura familiar), hábitos de higiene bucal, dieta e história odontológica.

Para avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida e na auto-percepção de saúde foi aplicada a versão brasileira do questionário *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ) (JOKOVIC et al., 2002), adaptado transculturalmente e validado para uso no Brasil (GOURSAND et al., 2008). Nas

crianças de 8 a 10 anos foi aplicada a versão 6-10, contendo 25 itens, nas crianças de 11-12 anos foi aplicada a versão 11-14, contendo 16 itens.

As entrevistas completas estão demonstradas no Apêndice E.

### **2.3.7.3 Exame clínico de saúde bucal**

O exame físico foi realizado por examinadores previamente calibrados, utilizando equipamentos de proteção individual (luva, máscara e avental), luz artificial adaptada à cabeça, espelho bucal e sonda periodontal CPI. Os preceitos de biossegurança da OMS (OMS, 1999) foram adotados. Os dados eram anotados pelo entrevistador em ficha de exame clínico desenvolvida para o levantamento (Apêndice D).

Os exames foram realizados em salas de aula, em cadeiras escolares, ficando o examinador posicionado de frente à criança e o anotador ao seu lado.

### **2.3.7.4 Condições avaliadas**

Foram coletados dados referentes à cárie dentária (através do índice CPOD), traumatismo (critérios de O'Brien), maloclusão (*Dental Aesthetic Index*), presença de manchas negras, defeitos de desenvolvimento de esmalte esmalte (DDE), erosão dentária, fluorose (índice de Dean) e condição periodontal (AINAMO; BAY, 1975).

### **2.3.8 Pré-teste dos questionários e entrevistas**

Para testar a aplicabilidade dos questionários foi realizado um pré-teste com mães e crianças na faixa etária do estudo na Unidade de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia.

O tempo de duração da entrevista com as crianças foi calculado (10 minutos em média), visando informar aos professores e diretoria das escolas quanto tempo aproximadamente cada criança necessitaria ausentar-se da sala de aula. Incluindo o tempo estimado para o exame clínico, 30 minutos foram estimados para a coleta de dados com cada criança.

Tendo sido a entrevista e questionário de fácil entendimento, passou-se para etapa seguinte.

### **2.3.9 Treinamento e calibração da equipe**

Previamente ao trabalho de campo foi realizado o treinamento e calibração da equipe. Os processos de treinamento e calibração foram realizados de acordo com metodologia previamente descrita pela Organização da Saúde (OMS) em seu manual básico para levantamentos epidemiológicos (OMS, 1999), sendo este o critério utilizado por outros autores e em levantamentos epidemiológicos em nível nacional (BRASIL, 2004, JESUS, et al., 2010, PERES; TRAEBERT; MARCENES, 2001).

#### **2.3.9.1 Treinamento e calibração do exame clínico**

Seis Cirurgiões-dentistas, alunos do programa de pós-graduação em Odontologia e com experiência prévia em levantamentos epidemiológicos foram treinados para realização dos exames clínicos.

Inicialmente foi realizado treinamento teórico, com duração de 04 horas, quando foram repassados os critérios para todas as condições, utilizando-se recursos visuais multimídias e com o auxílio de imagens projetadas de casos clínicos. Houve contato com a ficha clínica para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Um manual de instruções foi fornecido aos participantes, o qual foi usado também para consulta durante o trabalho de campo.

Após, foi realizado treinamento prático para cárie, condição periodontal e maloclusão, quando cada dentista examinou 10 escolares com idade entre 8 e 12 anos, sempre supervisionados pelos pesquisadores responsáveis. Em cada situação de dúvida, o grupo inteiro participava da discussão, a fim de padronizar os critérios.

A calibração para traumatismo dentário foi realizada *in lux*. Os seis examinadores avaliaram 24 fotos projetadas para cada condição. Para as demais condições, cada um dos examinadores avaliou 20 crianças com idades entre 8 e 12 anos, na mesma escola do período de treinamento prático, mas que não tivessem sido examinadas na etapa anterior.

Para a verificação da consistência interna da equipe, foram utilizados os índices Kappa (variáveis categóricas dicotômicas), Kappa ponderado (variáveis categóricas politômicas ordinais) e Coeficiente de Correlação Intraclasse (variáveis numéricas). O menor índice Kappa aceito para este estudo foi de 0,6. A

concordância foi mensurada utilizando-se um padrão-ouro, o qual foi uma Cirurgiã-dentista Mestre em Odontopediatria e com experiência prévia em exames epidemiológicos. Todos os dentistas se adequaram aos critérios do exame e foram selecionados.

### **2.3.9.2 Treinamento dos questionários**

Os entrevistadores selecionados foram Cirurgiões-dentistas, estudantes da pós-graduação em Odontologia, além de 3 entrevistadores contratados, com experiência prévia em estudos epidemiológicos. Foi realizado treinamento teórico-prático. Inicialmente foi realizada leitura do questionário e as dúvidas elucidadas. Na sequência, os entrevistadores realizaram entrevistas com crianças na mesma escola em que foi realizado o treinamento do exame clínico.

### **2.3.10 Controle de qualidade das entrevistas**

Durante o trabalho de campo, visando testar a confiabilidade das respostas dos estudantes aos questionários, 60 estudantes foram aleatoriamente selecionados para responder 7 das questões da entrevista após o intervalo de no mínimo uma semana.

### **2.3.11 Variáveis que serão utilizadas para este estudo**

#### **2.3.11.1 Desfecho**

Para avaliação do medo odontológico da criança foi utilizado um instrumento com uma única questão (DAQ: Dental Anxiety Question) (NEVERLIEN, 1990), "*Tu tem/teria 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).

### 2.3.11.2 Variáveis exploratórias principais

O índice CPOD será dicotomizado entre valores iguais à zero e valores maiores ou iguais a um.

Cada um dos componentes (dentes cariados, perda dentária, dentes restaurados) do índice CPOD será avaliado de forma dicotomizada, em sim ou não.

O índice de sangramento gengival (ISG) (AINAMO; BAY, 1975) foi utilizado para avaliação da presença de gengivite por este ser considerado o “*gold standard*” no diagnóstico deste agravo. A variável será então dicotomizada para análise das associações da seguinte forma: 0 = sem gengivite; 1= presença de gengivite.

Para avaliação do traumatismo alveolodentário foi utilizado o índice de trauma dentário de O'Brien (O'BRIEN, 1994), que avalia o dano e a necessidade de tratamento. Após, o mesmo será dicotomizado para análise da seguinte forma: 0 = sem traumatismo dentário; 1= presença de traumatismo dentário.

A experiência odontológica da criança foi avaliada através da questão- “A <criança> já foi alguma vez ao dentista?” e as respostas serão dicotomizadas em “sim” ou “não”. A questão sobre incidência de dor nos últimos 6 meses também terá suas respostas dicotomizadas em “Sim” ou “Não”.

Quanto a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, será utilizada a pergunta sobre autopercepção de saúde bucal “*Você acha que os seus dentes e a sua boca são*”, com as respostas divididas entre as categorias 0= Muito bons/Bons 1=Mais ou menos/Ruins.

A variável escolaridade materna será categorizada pelo nível de escolaridade atingido pela mãe da criança.

Quanto à organização familiar, a variável será dicotomizada entre as crianças que viviam em família nuclear e as que viviam em ambiente familiar não nuclear, com pais separados ou com responsáveis legais.

A variável renda familiar foi coletada em reais e será transformada em salários mínimos pelo valor vigente no momento da entrevista. A seguir, será categorizada por quantidade de salários mínimos recebidos.

A raça foi coletada de acordo com os critérios do IBGE e será dicotomizada em branca e não-branca, a idade da criança ficará categorizada em anos de vida completos.

A categorização completa das variáveis pode ser observada na Tabela 1.

**Tabela 1. Categorização das variáveis independentes.**

Variável	Tipo	Categoria/Código
Sexo	Catagórica	Feminino = 0
	Dicotômica	Masculino = 1
Idade	Quantitativa discreta	Nº de anos de vida completos
Raça	Catagórica	Branca
	Dicotômica	Não-Branca
Escolaridade materna	Catagórica Ordinal	Ensino Fundamental incompleto = 0
		Ensino médio incompleto = 1
		Ensino superior incompleto = 2
		Ensino superior completo = 3
Organização Familiar	Catagórica Dicotômica	Família nuclear = 0
		Família não-nuclear = 1
Renda Familiar	Catagórica Ordinal	Mais de 10 salários mínimos = 0
		De 6.1 à 10 salários mínimos = 1
		De 3.1 a 6 salários mínimos = 2
		De 1.1 a 3 salários mínimos = 3
		Menos de 1 salário mínimo = 4
Experiência de cárie	Catagórica-Nominal	CPOD/ceod 0 = 0
	Dicotômica	CPOD/ceod ≥ 1 = 1
Cárie	Catagórica-Nominal	Não = 0
	Dicotômica	Sim = 1
Perda dentária	Catagórica-Nominal	Não = 0
	Dicotômica	Sim = 1
Dente Restaurado	Catagórica-Nominal	Não = 0
	Dicotômica	Sim = 1
Sangramento	Catagórica-Nominal	Não = 0
	Dicotômica	Sim = 1

Traumatismo	Catagórica-Nominal	Não = 0
Alveolodentário	Dicotômica	Sim = 1
Dor nos últimos 6 meses	Catagórica-Nominal Dicotômica	Não = 0 Sim = 1
Experiência de Consulta odontológica	Catagórica – Nominal Dicotômica	Não=0 Sim=1
Qualidade de Vida	Catagórica Dicotômica	Muito bons/Bons=0 Mais ou menos/Ruins=1

---

### 2.3.12 Modelos de Análise

#### 2.3.12.1 Análise descritiva e bivariada

Será realizada a descrição das frequências absolutas e relativas e calculada a prevalência da variável de interesse do estudo. As associações entre variável desfecho e variáveis de exposição serão testadas utilizando análise bivariada (testes Qui-quadrado para variáveis categóricas e Qui-quadrado de tendência linear para variáveis ordinais).

#### 2.3.12.2 Análise multivariada

As variáveis que apresentarem valor de  $p \leq 0,25$  serão levadas a análise multivariável, realizando a regressão de Poisson com variância robusta, estimando-se as razões de prevalência e seus intervalos de confiança de 95%. Para esta análise, faz-se necessária a construção de um modelo teórico hierárquico (Fig. 2), onde as variáveis independentes foram ordenadas em blocos que determinam a

entrada das mesmas na análise estatística, e descrevem a relação hierárquica existente entre os fatores de risco.

Este modelo foi baseado no modelo conceitual proposto por Bastos et al. (2007), o qual investiga a causalidade através de complexas relações entre os fatores envolvidos, bem como nos modelos de Boeira et al. (2012) e Torriani et al. (2014).

No primeiro bloco foram inseridas as variáveis sócio-econômicas e demográficas de família e da criança. Crianças em condições sociais desfavoráveis, com cuidadores com menor nível de escolaridade tendem a apresentar maiores níveis de medo odontológico (OLIVEIRA, COLARES, 2009). A idade e a cor da pele também influenciam a renda e a escolaridade e por isso foram incluídas neste nível (GJERMO et al, 1983). O sexo da criança é reconhecido como fator determinante do medo, sendo as meninas mais acometidas (NAKAI et al, 2005; LARA et al, 2010).

O comportamento da criança em saúde bucal foi inserido no segundo bloco, sendo considerado para esta avaliação a frequência de escovação. Considera-se que as hábitos de higiene bucal da criança sejam influenciados pelo nível de escolaridade e renda da família (CORIC, 2014).

No terceiro bloco foram inseridas as variáveis relacionadas à avaliação clínica, presença de cárie, traumatismo e sangramento gengival. A cárie é considerada um fator determinante para a incidência de dor (BOEIRA et al, 2012), sendo esta inserida, portanto, no 4º nível, após as variáveis clínicas.

A dor e as condições bucais estão diretamente relacionadas ao uso dos serviços odontológicos (GOETTEMS et al, 2012). O uso dos serviços é frequentemente influenciado pela presença do medo, visto que indivíduos que apresentam ansiedade frente ao atendimento odontológico tendem a evitá-lo de

forma sistemática. Sendo este o fator mais proximal ao medo odontológico, incluído no 5º nível (CHAPMAN, KIRBY-TURNER, 1999; LEE et al., 2008).

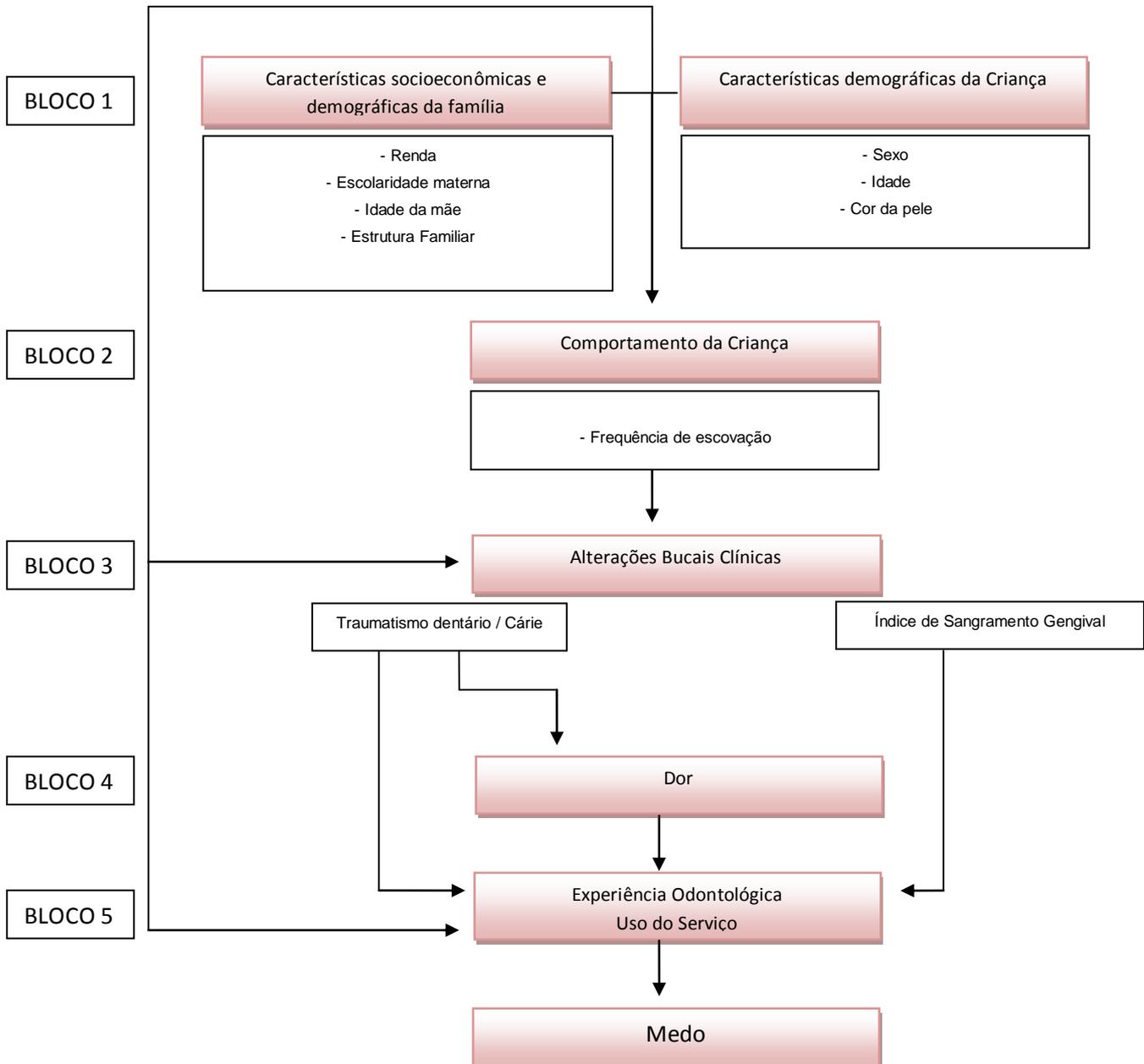


Figura 2. Modelo hierárquico de análise.

## 2.4 Cronograma

Mês/Ano	Revisão de literatura	Redação do Projeto	Qualificação do Projeto	Análise dos dados	Redação da dissertação e artigos	Defesa da Dissertação	Submissão dos artigos
Mar/2013	X						
Abr/2013	X	X					
Mai/2013	X	X					
Jun/2013	X	X					
Jul/2013	X	X					
Ago/2013	X		X				
Set/2013	X			X			
Out/2013	X			X			
Nov/2013	X			X			
Dez/2013	X				X		
Jan/2014	X				X		
Fev/2014	X				X		
Mar/2014	X				X		
Abr/2014	X				X		
Mai/2014	X				X		
Jun/2014	X				X		
Jul/2014	X				X		
Ago/2014	X				X		
Set/2014	X				X		
Out/2014	X				X		
Nov/2014	X					X	
Dez/2014	X						X

## 1.5 Orçamento

### 2.5.1 Financiamento Geral

O projeto apresentado contou com o seguinte financiamento:

1) Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT/MS-SAS-DAB N º 32/2008 Saúde Bucal /  
Edital nº 32/2008 - Faixa II - de R\$60.001,00 a R\$80.000,00

Processo: 402350/2008-1

***Traumatismo dentário anterior em escolares de 7 a 12 anos: prevalência, fatores associados e conseqüências***

Proponente: Flávio Fernando Demarco

Co-proponentes: Pedro Curi Hallal; Dione Dias Torriani

**Valor Aprovado: R\$ 64.000,00**

### 2.5.2 Orçamento Atual

Itens	Quantidade	Valor por unidade (R\$)	Valor Total (R\$)
Cartucho para impressora	4	R\$100,00	R\$400,00
Folhas A4	10	R\$140,00	R\$1400,00
Solicitação de artigos	8	R\$20,00	R\$160,00
Publicação de artigos em periódicos com acesso livre	2	R\$2.000,00	R\$4.000,00
<b>TOTAL GERAL</b>			<b>R\$5.960,00</b>

### **3 RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO**

Este trabalho faz parte de um levantamento epidemiológico maior que avaliou diversos desfechos em saúde bucal, “Levantamento em saúde bucal em escolares de 8 a 12 anos da cidade de Pelotas: Prevalência, fatores associados e consequências de agravos bucais”. A coleta de dados aconteceu entre os meses de setembro e novembro de 2011. Uma descrição mais detalhada da metodologia e logística empregadas pode ser encontrada em Goettems et al. (2013).

Esta pesquisa recebeu financiamento de edital do CNPq (/ Edital nº 32/2008 - Faixa II) e contou com a participação de alunos de graduação, pós-graduação e professores dos Programas de Pós-Graduação em Odontologia e Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

A participação da aluna neste projeto aconteceu após a coleta de dados, atuando como operadora clínica em um projeto de extensão criado para atender àqueles escolares com necessidade de tratamento odontológico. Este projeto aconteceu semanalmente e teve duração de 1 ano. Aproximadamente 100 crianças receberam atendimento odontológico neste projeto.

Inicialmente havia a proposta de se verificar a associação da cárie com o medo odontológico através do índice CPOD/ceod e também de seus componentes cariados (C/c), perdidos devido a cárie (P/e) e obturados (O/o) separadamente. No

entanto não foi possível encontrar associações com o desfecho, desta forma optou-se por utilizar apenas o componente “C/c”.

Também durante a análise dos dados optou-se por remover as variáveis traumatismo alveolodentário e qualidade de vida, anteriormente previstas no projeto para serem utilizadas. Esta decisão foi tomada pelos pesquisadores considerando que estas variáveis não estiveram associadas com o desfecho e sua discussão extrapolava os objetivos deste trabalho. Além disso, durante a reflexão para a construção do modelo teórico não houve adequação para a inclusão destas variáveis.

#### 4 ARTIGO CIENTÍFICO\*

##### Title Page

**Dental fear in Brazilian schoolchildren from 8 to 12 years: prevalence and associated factors**

***Short title: Dental Fear in scholars***

**Ethieli Rodrigues da Silveira** DDS, Post-graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas. ethieli2@gmail.com.

**Marília Leão Goettems**, DDS, MSc, PhD, Associate Professor, Post-graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil. mariliagoettems@hotmail.com

**Marina Sousa Azevedo**, DDS, MSc, PhD, Associate Professor, Post-graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil. marinasazevedo@hotmail.com.

Corresponding author: Marina Sousa Azevedo

Address: Graduate Program in Dentistry – Federal University of Pelotas

– R. Gonçalves Chaves, 457, 5th floor, Pelotas, RS, Brazil. CEP: 96015-560.

Phone./Fax:+55-53-3222-6690 r. 135

E-mail: marinasazevedo@hotmail.com

*\*Artigo formatado nas normas do periódico Pediatric Dentistry*

## Summary

*Purpose:* This cross-sectional study evaluated the prevalence of dental fear and associated factors in schoolchildren aged 8 to 12 years old, in Pelotas, a city in southern Brazil. *Materials and methods:* Schoolchildren enrolled in 20 public and private schools were selected using a multi-stage sample design. Sociodemographic characteristics, children dental visit and oral hygiene habits were assessed by questionnaires. The Dental Anxiety Question was used to measure dental fear prevalence. Participants who responded 'a little', 'yes, quite' and 'yes, much' were considered to have dental fear. Children's clinical examination evaluated presence of dental caries (DMFT/dmft index) and gingival bleeding. Data were analyzed using Poisson regression with robust variance (prevalence ratio; 95% confidence interval). *Results:* Were included 1202 children. Dental fear prevalence was 24.6%. After the adjustment, girls [PR= 1.71 (CI95%: 1.31-2.22)], children from poorer families [PR=1.96 (CI95%: 1.36 – 2.83)], those who had decayed teeth (D/d index>0) [PR=1.32 (CI95%: 1.01–1.72), and who had never gone to the dentist [PR=1.85 (CI95%: 1.42 – 2.41) remained significantly associated with dental fear. *Conclusion:* The prevalence of dental fear indicates that it is a common problem encountered among schoolchildren. Early dental care and dental caries prevention are important factors to prevent dental fear.

*Keywords:* Child; Dental anxiety; Epidemiology

## Introduction

Despite being an emotion considered inevitable and indispensable, being part of the physiological phenomenon of fight or flight, fear can lead a person to avoid or escape situations that are not really dangerous <sup>1</sup>. In dentistry, fear has been reported as a significant issue affecting the delivery of dental care, since anxious people tend to avoid dental offices <sup>2, 3</sup>. This is a matter of great concern for pediatric dentistry, since dental fear can significantly influence dental behavior <sup>4</sup>. In addition to worrying greatly about the well-being of the patients, this specific area of dentistry depends on patient cooperation during the implementation of procedures <sup>5</sup>.

The prevalence of dental fear is highly variable, and may reach from 6.1% <sup>6</sup> to about 40% <sup>3</sup> of children experiencing some level of fear or anxiety that hamper achievement of dental treatment. The great variation can be attributed to differences in studies design and population targeted. It is a recurring phenomenon and has been associated with several factors <sup>7, 8</sup>.

Among the factors that influence the occurrence of this feeling, specific characteristics of the children's personality <sup>7, 9, 10</sup>, the social environment and family behavior<sup>3, 11-15</sup> and age of the child <sup>5, 7, 16</sup> can be decisive factors. Results of existing research on the relationship between child's gender and dental fear are not clear. Some studies show no significant association with the prevalence of dental fear <sup>17, 18</sup>, while others mention that girls seem to have somewhat higher levels of fear and anxiety <sup>5-7, 16</sup>. Besides that, children's dental experience is an important issue when studying dental fear. A higher dental fear prevalence has been demonstrated in children who had never visited the dentist, who had frequently experienced dental pain and whose the reason for the first dental visit were curative or urgency <sup>2, 3, 5, 9, 10</sup>,

<sup>14, 15</sup>. Add to that the importance of establishing a sound dental routine since infancy, because oral habits established in early life can influence the children's oral health in the future.

The postponement of dental care due to children's fear or anxiety may lead to situations in which more conservative procedures are no longer an option <sup>8, 15</sup>. For prevent this avoidance of treatment and pursuit the wellbeing of children in dental office it's indispensable to indentify risk factors which influence children's dental anxiety. Most of the studies on the factors affecting dental fear targeted children in preschool age. There are few studies addressing the dental fear and associated factors in schoolchildren, thus the aim of this study is to estimate the prevalence and the factors that influence dental fear among schoolchildren ages 8 to12 years in the city of Pelotas (southern Brazil).

## **Materials and Methods**

### *Sample*

This cross-sectional study is part of a comprehensive oral health survey carried out between September and December 2010, in Pelotas, a city in southern Brazil with 320,000 inhabitants. A previous study has been published and methodological detail can be assessed <sup>19</sup>. This study was performed with 8- to 12-year-old children attending in public and private schools. For the sample selection a two-stage stratified sample design was adopted. In the first stage, the primary units (schools) were selected. In order to ensure proportionality, five private and 15 public schools were randomly selected by using a probability selection method. In second stage, five 2<sup>nd</sup> to 6<sup>th</sup> grade classes were randomly selected in each school and all the

students enrolled in these classes were initially eligible for the study. Physically and/or mentally disabled children were excluded from the study.

The minimum sample size needed was estimated using the Epi Info 6.0 software (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA). In line with an estimated dental fear prevalence rate of 14.5%, a margin of error of 3%, and a confidence level of 95%, it was determined that at least 519 children aged 8-12 years would have to be selected to serve as the study sample. Since a cluster sample selection was adopted, the design effect was estimated at 2. The sample was increased by 20% to account for non-response. The minimum sample size of this study was large, because it also assessed other outcomes (n=1202).

#### *Data collection*

Data were collected using a parent's questionnaire, children's interviews and oral clinical examinations.

Children dental fear was assessed using an instrument with a single question (DAQ: Dental Anxiety Question) <sup>20</sup>, with the following question for the children "Are you afraid of going to the dentist?". The possible answers were 'no', 'a little', 'yes, quite' and 'yes, very'. Participants who responded 'a little', 'yes, quite' and 'yes, very' were considered to have dental fear ('Yes').

Questionnaires were sent to parents to obtain information about sociodemographic characteristics and children's oral health behavior. The level of parents' education was evaluated in terms of years of formal education and dichotomized in < 8 years or ≥ 8 years. Family income was collected in Brazilian Real and then categorized into quartiles. The parents were also questioned if their children had ever visited the dentist, the answers were "yes" or "no".

After the parents questionnaire were returned, children were interviewed to provide information on demographic characteristics (age and skin color) and oral health behavior (dental pain in the last six months and daily brushing frequency). The examiner determined the children's skin color according to Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and then categorized as white or non-white. The age was collected in years. The children were also questioned about dental pain in the past six months and the answers were "yes" or "no". The daily brushing frequency was categorized in "two times or less" and "three times or more".

The clinical examination was conducted by six dentists using personal protective equipment, artificial light, mouth mirror and CPI periodontal probe following biosecurity WHO precepts <sup>22</sup>. The examinations were performed in regular school chairs. Data regarding dental caries was collected using DMFT/dmtf (decayed, missing and filled teeth) index <sup>22</sup>. For statistical analyses was considered only the caries presence (decayed index), dichotomized in "0" or ">1", both in primary and in permanent teeth. Gingival bleeding index <sup>23</sup> was assessed in 6 teeth (first molars and incisors) after probing four sites in each tooth in diagonal quadrants previously selected <sup>19</sup>. Gingival bleeding was dichotomized in present or absent.

Children interview and clinical examinations were carried out at the school. Schools were visited until no more than 10% of children were absent from data collection.

To ensure study reliability, a training and calibration process was performed. This process was divided in three parts, theoretical and practical training, clinical calibration and analysis of agreement. To test the applicability of the questionnaires, a pre-test was carried out with mothers and children in the study age range. After a

theoretical explanation about clinical criteria and a briefly examination with children of the same age, the fieldwork team was calibrated performing clinical examination in 20 children. The reliability of the calibration was assessed by kappa test. Interexaminer weighted Kappa values ranged from 0.62 to 0.79 for DMFT/dmtf index.

### *Statistical analysis*

The data was double-typed using Epi-Info 6.04, and the consistency of the information was subsequently verified. Data were analyzed using STATA software version 10.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, USA). The associations between dental fear and independent variables were assessed using bivariate analysis ( $\chi^2$  and Fisher exact test for categorical variables and  $\chi^2$  of linear trend for ordinal variables) and multivariable analysis (Poisson regression with robust variance), estimating the prevalence ratios and their 95% confidence intervals.

Multivariable analysis was conducted using a hierarchical approach<sup>24</sup>, in which it was assumed that distal factors determined intermediate/proximal factors and, consequently, outcome (dental fear). Socioeconomic and demographic variables were considered in the first block, children behaviour was entered in the second block, oral conditions were in the third block, dental pain in the fourth block and dental visit was in the fifth block.

### *Ethics*

The Ethics Committee of the School of Dentistry of the Federal University of Pelotas approved this study (160/2010). The parents signed a written informed consent for their children participation. The participating children received a kit containing toothbrush and dentifrice, and hygiene instruction. The results obtained in the oral examination were available in written form for each student. Those who

needed dental treatment were referred to the School of Dentistry of the Pelotas Federal University, where a special program was created exclusively to provide dental treatment to all children who required it.

## Results

Of the 1,744 children invited to participate in this study, 1,325 (76.0%) returned the questionnaire and informed consent form. Data from 123 children were lost during data collection because of their absence from school or because they didn't complete their questionnaires. Of these children 1,202 were examined and responded the questionnaire. Table 1 shows the sample distribution of dental fear according to sociodemographic characteristics and oral health behavior . Dental fear was reported by 296 (24.6%) children.

In bivariate analyses, dental fear was greater in female children ( $p < .001$ ), children from mothers with less than eight years of schooling ( $p = .001$ ) and from poorer families ( $p < .001$ ). Also, dental fear was greater in those who had dental caries (decayed teeth) ( $p < .001$ ), those who experienced dental pain ( $p = .007$ ) and those who had never visited the dentist ( $p < .001$ ).

The crude and adjusted analyses of the association between dental fear and the independent variables are presented in table 2. After the adjustment, girls remained more likely to have dental fear [PR= 1.71 (CI95%: 1.31-2.22)]. Family income was associated to dental fear prevalence when comparing the first to the fourth quartile [PR=1.96 (CI95%: 1.36 – 2.83)] and a higher prevalence of dental fear was found among poorer families. Children who presented decayed teeth greater

than 1 [PR=1.32 (CI95%: 1.01–1.72) and who had never visited the dentist [PR=1.85 (CI95%: 1.42 – 2.41) were more likely to have dental fear.

## Discussion

This study estimated the prevalence and the factors associated with dental fear in children attended in public and private schools in a southern Brazilian city. Dental fear was reported by 24.6% (n=296/1202) of the children in this study, which can be considered high comparing to other studies with similar age group. Dental fear was associated with children's dental experiences and sociodemographic characteristics, being more prevalent in those kids who never visited the dentist, who had dental caries, in females and in poorer families.

Dental fear of Turkish 7-10-year-old school children was assessed by Oba et al<sup>25</sup> using the Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale (CFSS-DS) questionnaire, and showed 14.5% experiencing dental fear. Using a five-point Likert-like scale in Spanish children, Carrillo-Diaz et al<sup>26</sup> found a dental fear prevalence of 13.6% in 8-16-year-old. Olak et al<sup>6</sup> assessed the prevalence of dental fear in 8-10-year-old children in Estonia with the modified Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS) where a single question was used to evaluate the children's general dental fear. They found a very low prevalence (6.1%). The authors claimed these results are due to the use of an inadequate instrument to evaluate dental fear, which might have underestimated the real number of fearful children. The difference in dental fear prevalence among studies may occur due to variations in culture and socioeconomic status among the population studied and/or in methods used to assess dental fear<sup>10</sup>.

Another study in Brazil <sup>3</sup> used the same method we have used (dental anxiety question) to measure the occurrence of fear among 5 and 12 years old, and found a prevalence of 39.4%. The high prevalence found by these researchers in Brazil can be explained by the inclusion of preschool children in the sample. Younger children tend to admit their fears more freely than the older ones <sup>27</sup> and dental anxiety is expected to decrease as age advances <sup>28</sup>. It's part of the normal growth process preschool children to be afraid of unknown situations and people. As the child's age increases new abilities are developed, the children feels more confident, have more self-control and get ready to face the social environments around 6 years old <sup>10</sup>.

In this population of 8-12 year old children we found girls to be more fearful than boys. Others studies have also reported this result <sup>2, 7, 15, 16</sup>. As well, Colares et al <sup>3</sup> and Murthy et al <sup>29</sup> showed a tendency of girls to report dental anxiety more frequently than boys, but without statistical significance. A reasonable explanation for this association is that due to cultural issues girls probably feel more comfortable to express their feelings and confess their fears<sup>27</sup>. Torriani et al <sup>5</sup> and Klingberg et al <sup>9</sup> did not shown differences in fear scores. However, these studies included preschool children, this may be a confounding factor when evaluating the influence of gender in dental fear, since in young children cultural patterns are not yet stated <sup>30</sup>. Thereby, further studies are necessary for a better understanding of the gender-dental fear relationship.

A significant association was found between family income and the presence of dental fear, children from poorer families had higher prevalence of dental fear. This result agrees with Oliveira and Colares <sup>21</sup> and Torriani et al <sup>5</sup> which found that the prevalence of fear is higher among preschoolers of low income families. Other studies have also found that anxious children tend to live in more deprived areas and

come from lower social class than nonanxious ones <sup>13, 31</sup>. It's well known that better health indicators are seen in people with better incomes. Children from poorer families have less access to dental care <sup>32</sup> and experience higher loads of dental diseases<sup>33</sup>, contributing to higher loads of dental fear.

Poor oral health outcomes are referred to be associated with childhood dental fear <sup>34</sup>. Our results agree with previous studies <sup>5, 6, 29</sup> in showing that children with decayed tooth present a higher level of dental fear than those with no decay. To explain the association between dental fear and level of caries it's important to understand the fear's cycle. Our results showed a clear association between not going to the dentist with dental fear. Besides that, not having dental attention it's known to be related to a greater level of caries <sup>35</sup>. The dental fear creates this vicious circle, leading to the avoidance of dental visit, which consequently contributes to poor dental health, thus, these individuals often make dental appointments for more invasive treatment or emergency reasons, contributing to the increase of dental fear <sup>1, 12, 36</sup>. In this context dental fear and dental attendance may be subjected to reverse causality, when the probability of the outcome is causally related to the exposure variable.

The motivation for the first dental attendance can be decisive for the development of fear <sup>14</sup>, if happens for preventive procedures the prevalence of dental fear seems to be lower than happening for emergency or curative procedures <sup>5</sup>. These associations reinforce the importance of early dental attention, preventing dental caries and consequently dental fear and avoidance of dental appointment. This study hypothesized that dentally fearful children would present more gingival bleeding, since they tend to avoid dental care and for this reason may not have proper orientation on dental hygiene, but no association was found. DeDonno <sup>37</sup>

demonstrated that those who were afraid of dental care had poorer oral hygiene practices, brushing and flossing less often. According to the author oral health professionals have no opportunity to provide proper instruction on oral hygiene, since they refrain from dental offices. Beyond that, they may associate the oral practices with the negative feelings emerged from their dental experiences.

Some limitations are present in our study. The true causal relationship between the independent variables and the outcome is limited because of the adopted cross-sectional study design. The parent's dental fear is an important variable influencing children's dental fear <sup>3, 6, 15</sup> and was not analyzed in our study. Also, we used a sample restricted to one city and age, more studies should be developed targeting larger geographic areas and wider age groups, using greater sample sizes.

It is important to emphasize that using a school-based sample allowed this study to obtain a better representation of children, because even dental avoiders are likely to attend school <sup>16</sup>. In 2010, according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), 97.6% of children aged between 7 and 9 years old were enrolled in schools in Brazil, corresponding to almost 9 million children.

Despite of some researchers <sup>6</sup> consider inadequate to evaluate dental fear with one single question, the single item used in this study, the dental anxiety question (DAQ), is listed in the literature as a relevant instrument, with good validity, specificity, and sensitivity to asses dental anxiety <sup>20, 38</sup>. This instrument has already been successfully used for many studies <sup>3, 5, 21, 29</sup> proving reliability.

## **Conclusion**

The high prevalence of dental fear indicates that it is a common problem encountered among these schoolchildren. Dental fear had an association with dental experiences, showing that children who never visited the dentist and those who had caries were more afraid than the others. Also, we found an association with sociodemographic characteristics, being dental fear more frequently observed in girls and in families with lower economic status.

Early dental care is still an important factor to prevent dental fear. Public health policies should establish prevention programs motivating routine dental visits.

### **Acknowledgments**

The authors are grateful to the CNPq for the research funding grant #402350 for the PI (F.F.D.) and PhD scholarship (M.L.G.). Moreover, the authors would like to thank Colgate for the oral hygiene kits distributed during fieldwork.

Table 1. Sample distribution and prevalence of dental fear according to sociodemographic characteristics, and oral health behavior. Pelotas, Brazil, 2010 (n=1202)

Variable	Categories	Total N	%	Dental fear		P
				N	%	
<b>Sex</b>	Male	574	47.40	99	17.40	<.001
	Female	637	52.60	197	31.12	
<b>Age (years)</b>	8	182	15.03	49	27.37	.180*
	9	312	25.76	79	25.65	
	10	295	24.36	73	24.75	
	11	259	21.39	59	22.87	
	12	163	13.46	36	22.22	
<b>Skin color</b>	White	856	72.85	201	23.67	.083
	Non White	319	27.15	91	28.62	
<b>Maternal</b>	≥ 8	750	63.78	159	21.40	.001
<b>Schooling (years)</b>	<8	426	36.22	127	29.95	
<b>Family income</b>	1st (R\$0 - 729)	279	26.90	94	33.81	<.001*
	2nd (R\$730 - 734)	241	23.24	56	23.24	
	3rd (R\$735 – 1.140)	271	26.13	58	21.48	
	4rt (1.141 – 12.000)	246	23.72	41	16.80	
<b>Dental pain</b>	absent	771	64.30	169	22.03	.007
	Present	428	35.70	124	29.11	

<b>Dental visit</b>	Yes	905	75.67	178	19.89	<.001
	No	291	24.33	114	39.31	
<b>Dental Caries (D/d)</b>	0	818	67.60	96	23.88	<.001
	>1	392	32.40	293	36.44	
<b>Gingival Bleeding</b>	Absent	952	78.61	234	24.79	.95
	present	249	20.56	61	24.60	
<b>Brushing frequency</b>	2 times	486	41.26	116	23.87	.74
	3 or more times	692	58.74	171	24.71	
<b>TOTAL</b>		1202	100.0	296	24.60	

\* Chi-square test for linear trends

Table 2. Association between dental fear and the independent variables according to adopted conceptual model (Poisson regression analysis, prevalence ratios (PR) with 95% confidence intervals in parentheses)

Variáveis	PR <sup>c</sup>	(95% IC)	P	PR <sup>a</sup> (95% IC)	P
<b>Sex</b>			<.001		<.001
Male	1.0				
Female	1.79	(1.40 – 2.28)		1.71 (1.31 -2.22)	
<b>Age</b>			.245	*	
8	1.0				
9	0.94	(0.66 -1.34)			
10	0.90	(0.63 -1.30)			
11	0.84	(0.57 - 1.22)			
12	0.81	(0.53- 1.25)			
<b>Skin color</b>			.134	*	
White	1.0				
Non White	1.21	(0.94 -1.55)			
<b>Maternal Schooling</b>			.005	*	
≥8	1.0				
8<	1.4	(1.11-1.77)			
<b>Family income</b>			<.001		<.001
4rt (1.141 – 12.000)	1.0			1.0	
3rd (R\$735 – 1.140)	1.28	(0.86 – 1.91)		1.29 (0.86 – 1.92)	

2nd (R\$730 – 734)	1.38	(0.92 -2.07)	1.38 (0.92 – 2.07)
1st4rt (R\$0 - 729)	2.01	(1.40 – 2.90)	1.96 (1.36 – 2.83)

---

**Block 2: child habits and oral abnormalities**

<b>Brushing frequency</b>			.773	**
3 or more times	1.0			
2 times	1.03	0.82 – 1.31		
<b>Dental Caries (D/d)</b>			.005	.045
0	1.0		1.0	
>1	1.42	1.11 – 1.81;	1.32 (1.01 – 1.72)	
<b>Gingival bleeding</b>			.957	**
Absent	1.0			
Present	1.01	0.76 – 1.33		

---

**Block 3: Pain**

<b>Dental pain</b>			.019	.188
Absent	1.0		1.0	
Present	1.32	1.05 – 1.66	1.19 (0.92 – 1.54)	

---

**Block 4: Dental Visit**

<b>Dental visit</b>			<.001	<.001
Yes	1.0		1.0	
No	1.98	1.56-2.50	1.85 (1.42 – 2.41)	

---

\*Excluded after adjust according to first level variables

\*\* Excluded after adjust according to first and second level variables

<sup>c</sup> Crude analysis

<sup>a</sup> Adjusted analysis

## References

1. Chapman H, Kirby-Turner N. Dental fear in children—a proposed model. *British dental journal*. 1999;187(8):408-12.
2. Krikken J, Vanwijk A, Tencate J, Veerkamp J. Child dental anxiety, parental rearing style and dental history reported by parents. *European journal of paediatric dentistry: official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*. 2013;14(4):258-62.
3. Colares V, Franca C, Ferreira A, Amorim Filho H, Oliveira M. Dental anxiety and dental pain in 5-to 12-year-old children in Recife, Brazil. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2013;14(1):15-9.
4. Suprabha B, Rao A, Choudhary S, Shenoy R. Child dental fear and behavior: The role of environmental factors in a hospital cohort. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2011;29(2):95.
5. Torriani D, Ferro R, Bonow M, Santos I, Matijasevich A, Barros A, et al. Dental Caries Is Associated with Dental Fear in Childhood: Findings from a Birth Cohort Study. *Caries research*. 2014;48(4):263-70.
6. Olak J, Saag M, Honkala S, Nõmmela R, Runnel R, Honkala E, et al. Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. *Stomatologija*. 2013;15(1):26-31.
7. Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahabi A. Dental fear and concomitant factors in 3-6 year-old children. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*. 2012;6(2):70.
8. Newton T, Asimakopoulou K, Daly B, Scambler S, Scott S. The management of dental anxiety: time for a sense of proportion? *British dental journal*. 2012;213(6):271-4.

9. Klingberg G, Broberg A. Temperament and child dental fear. *Pediatric dentistry*. 1998;20:237-43.
10. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International journal of paediatric dentistry*. 2007;17(6):391-406.
11. Boman UW, Lundgren J, ELFSTRÖM ML, Berggren U. Common use of a Fear Survey Schedule for assessment of dental fear among children and adults. *International journal of paediatric dentistry*. 2008;18(1):70-6.
12. Lee Cy, Chang Yy, Huang St. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *International journal of paediatric dentistry*. 2008;18(6):415-22.
13. Nuttall NM, Gilbert A, Morris J. Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003. *Journal of dentistry*. 2008;36(11):857-60.
14. Rantavuori K, Tolvanen M, Hausen H, Lahti S, Seppä L. Factors associated with different measures of dental fear among children at different ages. *Journal of Dentistry for Children*. 2009;76(1):13-9.
15. Lara A, Crego A, ROMERO-MAROTO M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *International journal of paediatric dentistry*. 2012;22(5):324-30.
16. Nakai Y, Hirakawa T, Milgrom P, Coolidge T, Heima M, Mori Y, et al. The children's fear survey schedule—dental subscale in Japan. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2005;33(3):196-204.
17. Chhabra N, Chhabra A, Walia G. Prevalence of dental anxiety and fear among five to ten year old children: a behaviour based cross sectional study. *Minerva stomatologica*. 2012;61(3):83-9.

18. Bezabih S, Fantaye W, Tesfaye M. Dental anxiety: prevalence and associated factors, among children who visited Jimma University Specialized Hospital Dental Clinic. *Ethiopian medical journal*. 2013;51(2):115-21.
19. Goettems ML, Correa MB, Vargas-Ferreira F, Torriani DD, Marques M, Domingues MR, et al. Methods and logistics of a multidisciplinary survey of schoolchildren from Pelotas, in the Southern Region of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(5):867-78.
20. Neverlien PO. Assessment of a single-item dental anxiety question. *Acta Odontologica*. 1990;48(6):365-9.
21. Oliveira MMT, Colares V. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(4):743-50.
22. WHO. *Oral health surveys: basic methods*. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1999.
23. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *International dental journal*. 1975;25(4):229-35.
24. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto M. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International journal of epidemiology*. 1997;26(1):224-7.
25. Akbay Oba A, Dülgergil ÇT, Şaroğlu Sönmez I. Prevalence of dental anxiety in 7-to 11-year-old children and its relationship to dental caries. *Medical Principles and Practice*. 2009;18(6):453-7.
26. Carrillo-Diaz M, Crego A, Armfield JM, Romero-Maroto M. Treatment experience, frequency of dental visits, and children's dental fear: a cognitive approach. *European journal of oral sciences*. 2012;120(1):75-81.

27. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community dentistry and oral epidemiology*. 2003;31(2):116-21.
28. Paryab M, Hosseinbor M. Dental anxiety and behavioral problems: A study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2013;31(2):82.
29. Murthy AK. Dental fear in children and its relation to dental caries and gingival condition—a cross sectional study in Bangalore city, India. *International Journal of Clinical Dental Science*. 2010;1(1).
30. Boeira G, Correa MB, Peres K, Peres M, Santos IS, Matijasevich A, et al. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. *Caries research*. 2012;46(5):488-95.
31. Townend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. *Behaviour research and therapy*. 2000;38(1):31-46.
32. Meng X, Heft MW, Bradley MM, Lang PJ. Effect of fear on dental utilization behaviors and oral health outcome. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007;35(4):292-301.
33. Goettems M, Ardenghi T, Romano A, Demarco F, Torriani D. Influence of maternal dental anxiety on the child's dental caries experience. *Caries research*. 2011;46(1):3-8.
34. Porritt J, Marshman Z, Rodd HD. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *International journal of paediatric dentistry*. 2012;22(6):397-405.

35. Wagner Y, Greiner S, Heinrich-Weltzien R. Evaluation of an oral health promotion program at the time of birth on dental caries in 5-year-old children in Vorarlberg, Austria. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2014;42(2):160-9.
36. Bholra R, Malhotra R. Dental Procedures, Oral Practices, and Associated Anxiety: A Study on Late-teenagers. *Osong public health and research perspectives*. 2014;5(4):219-32.
37. DeDonno MA. Dental anxiety, dental visits and oral hygiene practices. *Oral Health and Preventive Dentistry*. 2012;10(2):129.
38. Viinikangas A, Lahti S, Yuan S, Pietilä I, Freeman R, Humphris G. Evaluating a single dental anxiety question in Finnish adults. *Acta Odontologica*. 2007;65(4):236-40.

## 5 CONCLUSÕES

De acordo com a metodologia desenvolvida conclui-se que:

- A prevalência de medo odontológico pode ser considerada alta na amostra de escolares pesquisada, quando comparada à outros estudos;
- Crianças que nunca foram ao dentista, tinham cárie, eram do sexo feminino apresentaram significativamente maior prevalência de medo;
- Crianças pertencentes a famílias de baixo status socioeconômico apresentaram maior prevalência de medo;
- A estimulação do cuidado odontológico precoce pode ser uma boa estratégia para prevenir o desenvolvimento de medo odontológico, visto que a vivência odontológica já no início da infância permite o estabelecimento de hábitos preventivos, menores índices de cárie, menor necessidade de procedimentos invasivos, resultando em menores níveis de ansiedade.

## REFERÊNCIAS

AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **Int Dent J. Dec**, v.25, n.4, p.229-235, 1975.

ARMPFIELD, J.M. What goes around comes around: Revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.** v. 41, n.3, p.279-87, 2013.

ARMPFIELD, J.M. How do we measure dental anxiety and fear and what are we measuring anyway? **Oral Health Prev Dent**; v.8, p.107–115, 2010.

BENNETT, D. T. Traumatic anterior teeth. VII. Traumatic injuries of deciduous teeth **Braz Dent J**, v.116, p.52-55, 1964.

BOEIRA, G.F.; CORREA, M.B.; PERES, K.G.; PERES, M.A.; SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; et al. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. *Caries Research*; v.46. p488–95, 2012.

BOMAN, U.; LUNDGREN, J.; ELFSTROM, M.; BERGGREN, U. Common use of a Fear Survey Schedule for assessment of dental fear among children and adults. **Int J Paediatr Dent**, n.18, p.70–76, 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira: 2002-2003.Resultados principais.** . Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CHAPMAN, H.R.; KIRBY-TURNER, N.C. Dental fear in children: a proposed model. **Br Dent J**, n.187, p. 408–412, 1999.

COLARES, V.; FRANCA, C.; FERREIRA, A.; AMORIM FILHO, H.A.; OLIVEIRA, M.C. Dental anxiety and dental pain in 5- to 12-year-old children in Recife, Brazil. **Eur Arch Paediatr Dent**, v.14, n.1, p.15-9, 2013.

CORIC, A.; BANOZIC, A.; KLARIC, M.; VUKOJEVIC, K.; PULJAK, L. Dental fear and anxiety in older children: an association with parental dental anxiety and effective pain coping strategies. **Journal of Pain Research**, n.7, p. 515–521, 2014.

CREGO, A.; CARRILLO-DIAZ, M.; ARMPFIELD, J.M.; ROMERO, M. Applying the Cognitive Vulnerability Model to the analysis of cognitive and family influences on children's dental fear. **Eur J Oral Sci**, n. 121, p. 194–203, 2013.

GJERMO, P.; BELDI, M.I.; BELLINI, H.T.; MARTINS, C.R. Study of tooth loss in an adolescent Brazilian population. **Community Dent Oral Epidemiol**, n.11, p.371-4, 1983

GOETTEMS, M.L.; CORREA, M.B.; VARGAS-FERREIRA, F.; TORRIANI, D.D.; MARQUES, M.; DOMINGUES, M.R.; HALLAL, P.C.; DEMARCO, F.F. Methods and logistics of a multidisciplinary survey of schoolchildren from Pelotas, in the Southern Region of Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.5, p.867-878, 2013.

GOURSAND, D.; PAIVA, S. M.; ZARZAR, P. M.; RAMOS-JORGE, M. L.; CORNACCHIA, G. M.; PORDEUS, I. A.; ALLISON, P. J. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language, **Health Qual Life Outcomes**, v.6, p.2, 2008.

GUSTAFSSON, A.; ARNRUP, K.; BROBERG, A. G.; BODIN, L.; BERGGREN, U. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. **Int J Paediatr Dent**, n.17, p.449-59, 2007

JESUS, M. A.; ANTUNES, L. A.; RISSO PDE, A.; FREIRE, M. V.; MAIA, L. C. Epidemiologic survey of traumatic dental injuries in children seen at the Federal University of Rio de Janeiro, **Brazil Braz Oral Res**, v.24, n.1, p.89-94, 2010.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **J Dent Res**, v.81, n.7, p.459-463, 2002.

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

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

KLINGBERG, G.; BROBERG, A. Temperament and child dental fear. **Pediatr Dent**, n. 20, p. 237–243, 1998.

LARA, A.; CREGO, A.; ROMERO-MAROTO, M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. **Int J Paediatr Dent**, n. 22, p. 324–330, 2012.

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

LEVINE, RS. How should we manage caries in deciduous teeth?. **Dent Update**. v.35, n.6, p.406-8, 410, 2008.

LOCKER, D.; LIDDELL, A.; DEMPSTER, L.; SHAPIRO, D. Age of onset of dental anxiety. **J Dent Res**, n.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**, n. 19, p. 115-120, 2009.

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

MEHRSTEDT, M.; TONNIES, S.; EISENTRAUT, I. Dental Fears, Health Status, and Quality of Life . **Anesth Prog**, v.51, p.90-94, 2004.

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.

NAKAI, Y.; HIRAKAWA, T.; MILGROM, P.; COOLIDGE, T.; HEIMA, M.; MORI, Y. et al. The children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale in Japan. **Comm Dent Oral Epidemiol**, v.33, p.196-204, 2005.

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

NEWTON, T.; ASIMAKOPOULOU, K.; DALY, B.; SCAMBLER, S.; SCOTT, S. The management of dental anxiety: time for a sense of proportion? **Br Dent J.** v.213, n.6, p.271-4, 2012.

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.; 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.

O'BRIEN, M. **Children's dental health in the United Kingdom 1993**. London: HerMajesty's Stationery Office, 1994.

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, p.743-750, 2009.

OMS. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4.ed. São Paulo: Santos, 1999. 68p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, 2009. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 30 jul. 2013.

PANDA, A.; GARG, I.; BHOBE, A.P. Children's perspective on the dentist's attire. **Int J Paediatr Dent**, Apr 18, 2013.

PERES, M. A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária **Cad Saude Publica**, v.17, n.1, p.153-159, 2001.

PRAMILA, M.; KRISHNA-MURTY, A.; CHANDRAKALA, B.; RANGANATH, S. Dental fear in children and its relation to dental caries and gingival condition: a cross sectional study in Bangalore city, India. **Int J Clin Dent Sci**, v. 1, p.1–5, 2010.

RANTAVUORI, K.; TOLVANEN, M.; HAUSEN, H.; LAHTI, S.; SEPPA, L. Factors associated with different measures of dental fear among children at different ages. **J Dent Child**, v.76, p. 13–19, 2009.

SALEM, K.; KOUSHA, M.; ANISSIAN, A.; SHAHAB, A. Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year-old Children. **J Dent Res Dent Clin Dent Prospects**, v.6, n.2, p.70–74, 2012.

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.; 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.

TORRIANI, D.D.; FERRO, R.L.; PERES, K.G.; BONOW, M.L.M.; SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, A.J.D.; DEMARCO, F.F. Dental caries is associated with dental fear in childhood: findings from a birth cohort study. **Caries Res**. No prelo 2013.

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

WILSON, S. Management of Child Patient Behavior: Quality of Care, Fear and Anxiety, and the Child Patient. **J Endod**, v.39, n.s3, p. s73-77, 2013.

## **ANEXOS**

**ANEXO - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

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

**PELOTAS, 13 de julho de 2010.**

**PARECER Nº 160/2010**

O projeto de pesquisa intitulado **LEVANTAMENTO DE SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES DE 8 A 12 ANOS DA CIDADE DE PELOTAS: PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS E CONSEQUÊNCIAS DE AGRAVOS BUCAIS** 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 GEP/FO/UFPel

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

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais, pedimos o favor de dedicar alguns minutos de seu tempo para ler este comunicado.

A Faculdade de Odontologia de UFPel, por intermédio de seus alunos e professores, está desenvolvendo o projeto denominado “Condição bucal de escolares de 8 a 12 anos da cidade de Pelotas”. Com seus resultados vamos conhecer as condições de saúde bucal na população escolar compreendida na faixa de 8 a 12 anos de idade de Pelotas. Para tanto, solicitamos sua autorização para que seja realizada uma entrevista, para examinar a boca de seu (sua) filho (filha) e para tomar suas medidas de peso e altura. Os exames serão realizados, na própria escola, com toda segurança e higiene, conforme as normas da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde. Este exame não trará problemas para seu (sua) filho (filha). Quando este trabalho for apresentado para outras pessoas, elas não saberão seu nome e o do (da) seu (sua) filho (filha).

Sua colaboração é muito importante. Após receber todas as informações que julgar necessárias, se você quiser, você e seu (sua) filho (filha) participarão deste estudo.

Se você quiser alguma informação durante o estudo ou se depois que você já concordou, não quiser mais participar, fale conosco ou telefone para a Faculdade de Odontologia - 32226690. Isto não trará nenhum problema para você.

Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos em nome de todos que querem melhorar a saúde das nossas crianças.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Flávio Fernando Demarco

Coordenador do Estudo

Após ter sido informado(a) sobre as finalidades do estudo, eu, (**escrever o nome da mãe ou do pai**) \_\_\_\_\_, CONCORDO em participar deste estudo e também AUTORIZO que meu (minha) filho (filha), o (a)menor \_\_\_\_\_, participe.

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200...

\_\_\_\_\_  
Documento (carteira de identidade ou CPF)  
responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do

## APÊNDICE B - RETORNO DO EXAME CLÍNICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prezados pais: Após realização de um exame odontológico breve em seu (sua) filho(a) \_\_\_\_\_, constatamos que:

Aparentemente seu filho apresenta boas condições de saúde bucal. Entretanto, lembramos que esse exame não dispensa a necessidade de um exame odontológico completo.

Foram diagnosticados em seu filho problemas odontológicos que podem requerer tratamento. Aconselhamos que o mesmo consulte com um dentista.

Caso seja de seu interesse, disponibilizaremos atendimento odontológico para as crianças participantes dessa pesquisa.

Contato: Faculdade de Odontologia Rua Gonçalves Chaves, 457

Telefone 3222-66-90 Ramal.

Deixar nome e telefone com Thaíze (manhã).

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO AOS PAIS

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Somos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas e estamos realizando uma pesquisa sobre a SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES DE 8 A 12 ANOS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS. Para completar o exame clínico é FUNDAMENTAL algumas informações sobre você, sua casa e sua família, que não serão divulgadas e, no conjunto, nos permitirão relacionar com os dados clínicos de seu filho(a). SABEMOS O QUANTO SEU TEMPO É IMPORTANTE, MAS, POR FAVOR, LHE PEDIMOS PARA RESPONDER O QUESTIONÁRIO A SEGUIR. ALGUMAS PERGUNTAS SÃO PARA COMPLETAR E A MAIORIA PARA MARCAR UMA ÚNICA RESPOSTA.

#### INICIALMENTE ALGUNS DADOS PESSOAIS

1. Qual seu nome completo? \_\_\_\_\_
2. Qual o nome completo do seu filho? \_\_\_\_\_
3. Qual o grau de parentesco com a criança?  
( ) Mãe ( ) Pai ( ) Outro: \_\_\_\_\_
4. Por quantos anos a senhora estudou?  
( ) Não estudei ( ) 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo  
( ) 2º grau incompleto ( ) 2º grau completo ( ) superior incompleto  
( ) superior completo
5. Por quantos anos o pai do seu filho estudou?  
( ) Não estudei ( ) 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo  
( ) 2º grau incompleto ( ) 2º grau completo ( ) superior incompleto  
( ) superior completo
6. No mês passado, quanto receberam EM REAIS as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, pensões, mesada, aluguéis, salário desemprego, ticket alimentação, bolsa família, etc)?  
\_\_\_\_\_
7. Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_

#### AGORA ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A CRIANÇA

8. A criança já foi alguma vez ao dentista?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
9. Se sim, quando foi a última vez?  
( ) Há 1 ano ou menos ( ) Há mais de 1 ano ( ) Nunca foi ao dentista
10. Com quantos anos a criança iniciou a escovação com pasta dental?

- ( ) Quando apareceram os primeiros dentes  
 ( ) Com 2 anos de idade ou menos  
 ( ) Com mais de 2 anos de idade

**AGORA, ALGUMAS PERGUNTAS PARA A MÃE, SOBRE A GRAVIDEZ:**

- 11. A senhora teve alguma doença ou problema de saúde durante a gravidez desse seu filho (a)?**  
 ( ) Sim. Quais?.....  
 ( ) Não ( ) Não sei
- 12. A senhora apresentou diabetes (excesso de açúcar nos sangue) durante a gravidez?**  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 13. A senhora apresentou problemas de pressão sanguínea durante a gravidez?**  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 14. A senhora teve problemas cardíacos durante a gestação?**  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 15. Durante a gravidez a senhora teve alguma infecção do tipo catapora, citomegalovírus, sarampo, rubéola, sífilis, tétano, pneumonia, corrimento vaginal, cálculo renal, infecção urinária?**  
 ( ) Sim Qual?.....  
 ( ) Não ( ) Não sei
- 16. O parto do (a) seu (sua) filho (a) foi prematuro, ou seja, nasceu antes do tempo?**  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 17. Ocorreu alguma complicação relacionada à saúde de seu filho (a) no momento e/ou após parto?**  
 ( ) Sim Qual?.....  
 ( ) Não ( ) Não sei

**AGORA, ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DO (A) SEU (SUA) FILHO (A)**

- 18. Seu filho (a) precisou ficar internado na maternidade ou no hospital após o nascimento?**  
 ( ) Sim Por quê?.....  
 ( ) Não ( ) Não sei
- 19. Seu filho (a) apresentou algum problema respiratório nos primeiros três anos de vida?**  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
- 20. Seu filho (a) apresentou algum problema de infecção (catapora, caxumba, anemia, alergia, pneumonia ou refluxo ou outra doença) nos primeiros três anos de vida?**  
 ( ) Sim. Qual (is)?.....  
 ( ) Não ( ) Não sei

**21. A senhora amamentou seu filho(a) no peito?**

Sim     Não     Não sei

Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses

## APÊNDICE D - EXAME FÍSICO

<b>FICHA DE EXAME</b>				EXAMINADOR <input style="width: 40px;" type="text"/>	ESCOLA <input style="width: 40px;" type="text"/>	NUMCRI <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																								
Data exame: / /				Nome Criança: _____																																																										
<b>COR</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>PESO (Kg)</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>ALTURA (cm)</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>Fluorose</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>																																																										
<b>Traumatismos Dentários</b>		<b>Defeitos de Desenvolvimento do Esmalte</b>																																																												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">11</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">21</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">22</td> </tr> <tr> <td>Dano</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Necessidade</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Tto executado</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">41</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">32</td> </tr> <tr> <td>Dano</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Necessidade</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Tto executado</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>			12	11	21	22	Dano	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Necessidade	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Tto executado	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		42	41	31	32	Dano	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Necessidade	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Tto executado	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">14/54</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">13/53</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">12/52</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">11/51</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">21/61</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">22/62</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">23/63</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">24/64</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>					14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>																
	12	11	21	22																																																										
Dano	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																										
Necessidade	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																										
Tto executado	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																										
	42	41	31	32																																																										
Dano	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																										
Necessidade	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																										
Tto executado	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																										
14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64																																																							
<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>																																																							
		<b>Erosão</b>																																																												
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">11/51</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Face Severidade Área</td> <td></td> </tr> </table>				11/51			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			Face Severidade Área		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">21/61</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Face Severidade Área</td> <td></td> </tr> </table>			21/61			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			Face Severidade Área																																							
	11/51																																																													
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																													
	Face Severidade Área																																																													
	21/61																																																													
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																																													
	Face Severidade Área																																																													
		46				36																																																								
<b>Condições da Coroa</b>																																																														
←	→	→	→	→	→	→																																																								
18	17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27	28																																															
8															8																																															
8															8																																															
48	47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37	38																																															
←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←																																																
<b>OCCLUSÃO - DAI</b>							<b>IPV</b>																																																							
<b>DENTIÇÃO</b>				<b>COBERTURA LABIAL</b>			<b>QUADRANTE</b>				<b>QUADRANTE</b>																																																			
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Nº de Incisivos, caninos e pré-molares perdidos		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																															
Sup	Inf						<b>QUADRANTE</b>				<b>QUADRANTE</b>																																																			
<b>ESPAÇO</b>							<b>QUADRANTE</b>				<b>QUADRANTE</b>																																																			
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																															
Apinhamento região incisivos	Espaçamento região incisivos	Diastema (mm)	Desalinhamento maxilar anterior (em mm)	Desalinhamento mandibular anterior (em mm)				<b>QUADRANTE</b>				<b>QUADRANTE</b>																																																		
<b>OCCLUSÃO</b>							<b>QUADRANTE</b>				<b>QUADRANTE</b>																																																			
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																															
Overjet maxilar anterior (mm)	Overjet mandibular anterior (mm)	Mordida aberta vertical anterior (mm)	Relação molar ântero-posterior				<b>QUADRANTE</b>				<b>QUADRANTE</b>																																																			
<b>Manchas Negras</b>							<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																																			

## APÊNDICE E - ENTREVISTA PARA CRIANÇAS DE 8 A 10 ANOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

Número da criança \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Escola da criança \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tem telefone celular? \_\_\_\_\_

Sexo da criança (01) masculino (2) feminino
Idade: _____
<b>PRIMEIRAMENTE, EU GOSTARIA DE TE FAZER UMA PERGUNTA SOBRE A TUA FAMÍLIA.</b>
<b>1. Com quem tu moras?</b> (0) Com pai e mãe casados. (1) Com a mãe (3) Com o pai (4) Com pai e madrasta (5) Com mãe e padrasto (6) Com responsável
<b>AGORA EU VOU TE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS TEUS DENTES.</b>
<b>2. Tu escovas os dentes com que frequência por dia?</b> (0) Uma vez (1) 2 vezes (2) 3 vezes ou mais
<b>3. Tu usas pasta de dente quando escovas os dentes?</b> (0) Sim (1) Não (2) Às vezes Marca: _____
<b>4. Tu usas líquido para bochechar e limpar os dentes?</b> (0) Sim (1) Não (2) Às vezes Marca:-----
<b>5. Tua gengiva sangra quando escova?</b> (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (9) IGN
<b>6. Tu tens o costume de usar fio dental?</b> (0) Sim, diariamente (1) Sim, ocasionalmente (2) Nunca usa fio dental
<b>7. Alguma vez na vida tu bateste algum dente?</b> (0) Não. <i>Se não pule para a 11</i> (1) Sim (9) IGN. <i>Pule para a 11</i>
<b>8. Se sim, como foi que tu bateste o(s) teu(s) dente(s)?</b> (0) Queda da própria altura (1) Prática esportiva (2) Colisão com objeto ou pessoa (3) Violência (4) Acidente de carro, moto ou bicicleta (5) Outro motivo (8) NSA (9) IGN
<b>9. Onde tu bateste o(s) teu(s) dente(s)?</b> (0) Casa (1) Escola (2) Rua (3) Outro lugar (4) Não lembra (8) NSA (9) IGN
<b>10. Tu foste ao dentista devido à batida?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
<b>11. Tu tem/teria medo de ir ao dentista?</b> (0) Não (1) Um pouco (2) Sim, teria (3) Sim, muito
<b>12. Você teve dor de dente nas últimos 6 meses?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN
<b>13. Você teve dor de dente nas últimas 4 semanas?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN
<b>AGORA EU VOU TE PERGUNTAR SOBRE O TEU DIA-A-DIA</b>
<b>14. Tu tens o costume de comer doce após o almoço?</b> (0) Sim, diariamente (1) Sim, ocasionalmente (2) Não, nunca
<b>15. Como tu vais para o colégio: a pé, de ônibus, de carro, bicicleta?</b>

(1) carro ou moto (2) ônibus (3) a pé (4) bicicleta ( ) outro _____		
6. Quanto tempo tu demoras de casa até o colégio? _____ minutos		
17. Tu trabalhas fora de casa ou em algum negócio da tua família? (0) não (1) sim		
18. Como tu vais para o trabalho: a pé, de ônibus, de carro, bicicleta? (1) carro ou moto (2) ônibus (3) a pé (4) bicicleta (8) NSA ( ) outro _____		
19. Quanto tempo tu demoras de casa até o trabalho? _____ minutos		
20. Desde <DIA> da semana passada, tu praticaste alguma das atividades que vou dizer SEM CONTAR AS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA...		
	<b>QUANTOS DIAS NA SEMANA?</b>	<b>QUANTO TEMPO CADA DIA?</b>
a) futebol de sete, rua ou campo?	__	__ __ horas __ __ minutos
b) futebol de salão (futsal)?	__	__ __ horas __ __ minutos
c) atletismo?	__	__ __ horas __ __ minutos
d) basquete?	__	__ __ horas __ __ minutos
e) jazz, ballet, outras danças?	__	__ __ horas __ __ minutos
f) ginástica olímpica, rítmica ou GRD?	__	__ __ horas __ __ minutos
g) judô, karatê, capoeira, outras lutas?	__	__ __ horas __ __ minutos
h) natação?	__	__ __ horas __ __ minutos
i) vôlei?	__	__ __ horas __ __ minutos
j) tênis, pádel?	__	__ __ horas __ __ minutos
l) handebol?	__	__ __ horas __ __ minutos
m) caçador?	__	__ __ horas __ __ minutos
n) jogo de taco?	__	__ __ horas __ __ minutos
o) outro esporte? _____	__	__ __ horas __ __ minutos
21. Sem contar as aulas de Educação Física, tu participas de alguma escolinha, time, dança ou ginástica no teu colégio? (só contar atividades com professor ou instrutor) (0) não <i>SE NÃO PULAR P/ 23</i> (1) sim		
22. <i>SE SIM</i> : Quais? (8)NSA Futebol (0) não (1) sim      Futsal (0) não (1) sim      Vôlei (0) não (1) sim      Basquete (0) não (1) sim Handebol (0) não (1) sim      Danças (0) não (1) sim      Lutas (0) não (1) sim      Ginásticas (0) não (1) sim Outra _____ (0) não (1) sim		
23. Tu participas de alguma escolinha, time, dança ou ginástica sem ser na tua escola? (só contar atividades com professor ou instrutor) (0) não (1) sim		
24. <i>SE SIM</i> : Quais? (8) NSA      Futebol (0) não (1) sim      Futsal (0) não (1) sim      Vôlei (0) não (1) sim Basquete (0) não (1) sim      Handebol (0) não (1) sim      Danças (0) não (1) sim Lutas (0) não (1) sim      Ginásticas (0) não (1) sim      Outra _____ (0) não (1) sim		
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS DENTES, SUA BOCA.</b>		

<b>25. Você acha que os seus dentes e a sua boca são:</b> <input type="checkbox"/> Muito bons <input type="checkbox"/> Bons <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Ruins
<b>26. Quanto os seus dentes ou a sua boca te incomodam?</b> <input type="checkbox"/> Não incomodam <input type="checkbox"/> Quase nada <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Muito

NO ÚLTIMO MÊS	Nunca	1 ou 2 vezes	Algumas vezes	Frequente-mente	Todos os dias /quase todos
27. quantas vezes você sentiu dor de dentes ou na boca?					
28. quantas vezes você teve feridas na sua boca?					
29. quantas vezes você sentiu dor nos seus dentes quando comeu alguma coisa ou bebeu alguma coisa gelada?					
30. quantas vezes a comida ficou agarrada em seus dentes?					
31. quantas vezes você ficou com cheiro ruim na sua boca ?					
32. quantas vezes você gastou mais tempo do que os outros para comer sua comida por causa de seus dentes ou de sua boca?					
33. quantas vezes você teve dificuldade para morder ou mastigar comidas mais duras como: maçã, pão, milho ou carne, por causa de seus dentes ou de sua boca?					
34. quantas vezes foi difícil para você comer o que você queria por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
35. quantas vezes você teve problemas para falar por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
36. quantas vezes você teve problemas para dormir à noite por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
37. quantas vezes você ficou chateado por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
38. quantas vezes você ficou com vergonha por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
39. quantas vezes você se sentiu triste por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
40. quantas vezes você ficou preocupado (a) com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?					
41. quantas vezes você achou que você não era tão bonito quanto outras pessoas por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
42. quantas vezes você faltou à aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?					

boca?					
43. quantas vezes você teve problemas para fazer seu dever de casa por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
44. quantas vezes você teve dificuldade para prestar atenção na aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
45. quantas vezes você não quis falar ou ler em voz alta na sala de aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
46. quantas vezes você deixou de sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
47. quantas vezes você não quis falar com outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
48. quantas vezes você não quis ficar perto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
49. quantas vezes você ficou de fora de jogos e brincadeiras por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
50. quantas vezes outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos em você por causa dos seus dentes ou de sua boca?					
51. quantas vezes outras crianças fizeram perguntas para você sobre seus dentes ou sua boca?					

**AGORA, VAMOS TE PERGUNTAR SOBRE A TUA ALIMENTAÇÃO (DIETA):**

**Com que frequência tu tomas as seguintes bebidas? Assinalar a resposta com um "X" para cada bebida, em frente a cada uma delas.**

Bebidas	Nunca	≤ 1 X/semana	2-4 X semana	1X/dia	≥ 2X/dia
52. Refrigerante					
53. Refrigerante diet ou light					
54. Suco de fruta natural (ex: laranja, limão, etc)					
55. Suco de fruta artificial (ex: Tang, Frisco) ou refresco					
56. Bebidas isotônicas (ex: Red Bull, Gatorade, etc)					
57. Iogurtes (ex: sabor de morango, coco, etc)					
58. Bebidas com leite (ex: Nescau)					
59. Chá quente e/ou gelado					
60. Água natural (torneira, garrafa) sem gás					
61. Água com gás					
62. Frutas cítricas (ex: laranja, limão, abacaxi)					
<b>63. Como tu costumava tomar a bebida?</b>					
( ) Normal (engole logo) ( ) Bochecha/deixa na boca ( ) Com canudo					
<b>Agora, vamos te perguntar sobre as tuas condições de estômago:</b>					
<b>64. Tu tens a sensação de líquido ácido na boca ou garganta (refluxo, azia) e com frequência?</b>					

(0) Sim (1) Não (2) Às vezes (9) IGN
65. Frequência: (0) Todos os dias (1) Todas as semanas (2) Todos os meses (8) NSA
<b>66. Tu vomitas freqüentemente:</b>
(0) Sim (1) Não (2) Às vezes (9) IGN
67. Frequência: (0) Todos os dias (1) Todas as semanas (2) Todos os meses
<b>MUITO OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO!</b>

## APÊNDICE F - ENTREVISTA PARA CRIANÇAS DE 11 A 12 ANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Número da criança \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Escola da criança \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tem telefone celular? \_\_\_\_\_

Sexo da criança (01) masculino (2) feminino
Idade: _____
<b>PRIMEIRAMENTE, EU GOSTARIA DE TE FAZER UMA PERGUNTA SOBRE A TUA FAMÍLIA.</b>
<b>1. Com quem tu moras?</b> (0) Com pai e mãe casados. (1) Com a mãe (3) Com o pai (4) Com pai e madrasta (5) Com mãe e padrasto (6) Com responsável
<b>AGORA EU VOU TE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS TEUS DENTES.</b>
<b>2. Tu escovas os dentes com que frequência por dia?</b> (0) Uma vez (1) 2 vezes (2) 3 vezes ou mais
<b>3. Tu usas pasta de dente quando escovas os dentes?</b> (0) Sim (1) Não (2) Às vezes Marca: _____
<b>4. Tu usas líquido para bochechar e limpar os dentes?</b> (0) Sim (1) Não (2) Às vezes Marca:-----
<b>5. Tua gengiva sangra quando escova?</b> (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (9) IGN
<b>6. Tu tens o costume de usar fio dental?</b> (0) Sim, diariamente (1) Sim, ocasionalmente (2) Nunca usa fio dental
<b>7. Alguma vez na vida tu bateste algum dente?</b> (0) Não. <i>Se não pule para a 11</i> (1) Sim (9) IGN. <i>Pule para a 11</i>
<b>8. Se sim, como foi que tu bateste o(s) teu(s) dente(s)?</b> (0) Queda da própria altura (1) Prática esportiva (2) Colisão com objeto ou pessoa (3) Violência (4) Acidente de carro, moto ou bicicleta (5) Outro motivo (8) NSA (9) IGN
<b>9. Onde tu bateste o(s) teu(s) dente(s)?</b> (0) Casa (1) Escola (2) Rua (3) Outro lugar (4) Não lembra (8) NSA (9) IGN
<b>10. Tu foste ao dentista devido à batida?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
<b>11. Tu tem/teria medo de ir ao dentista?</b> (0) Não (1) Um pouco (2) Sim, teria (3) Sim, muito
<b>12. Você teve dor de dente nas últimos 6 meses?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN
<b>13. Você teve dor de dente nas últimas 4 semanas?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN
<b>AGORA EU VOU TE PERGUNTAR SOBRE O TEU DIA-A-DIA</b>
<b>14. Tu tens o costume de comer doce após o almoço?</b> (0) Sim, diariamente (1) Sim, ocasionalmente (2) Não, nunca
<b>15. Como tu vais para o colégio: a pé, de ônibus, de carro, bicicleta?</b>

(1) carro ou moto (2) ônibus (3) a pé (4) bicicleta ( ) outro _____		
<b>16. Quanto tempo tu demoras de casa até o colégio?</b> _____ minutos		
<b>17. Tu trabalhas fora de casa ou em algum negócio da tua família?</b> (0) não (1) sim		
<b>18. Como tu vais para o trabalho: a pé, de ônibus, de carro, bicicleta?</b> (1) carro ou moto (2) ônibus (3) a pé (4) bicicleta (8) NSA ( ) outro _____		
<b>19. Quanto tempo tu demoras de casa até o trabalho?</b> _____ minutos		
<b>20. Desde &lt;DIA&gt; da semana passada, tu praticaste alguma das atividades que vou dizer SEM CONTAR AS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA...</b>		
	<b>QUANTOS DIAS NA SEMANA?</b>	<b>QUANTO TEMPO CADA DIA?</b>
a) futebol de sete, rua ou campo?	__	__ __ horas __ __ minutos
b) futebol de salão (futsal)?	__	__ __ horas __ __ minutos
c) atletismo?	__	__ __ horas __ __ minutos
d) basquete?	__	__ __ horas __ __ minutos
e) jazz, ballet, outras danças?	__	__ __ horas __ __ minutos
f) ginástica olímpica, rítmica ou GRD?	__	__ __ horas __ __ minutos
g) judô, karatê, capoeira, outras lutas?	__	__ __ horas __ __ minutos
h) natação?	__	__ __ horas __ __ minutos
i) vôlei?	__	__ __ horas __ __ minutos
j) tênis, pádel?	__	__ __ horas __ __ minutos
l) handebol?	__	__ __ horas __ __ minutos
m) caçador?	__	__ __ horas __ __ minutos
n) jogo de taco?	__	__ __ horas __ __ minutos
o) outro esporte? _____	__	__ __ horas __ __ minutos
<b>21. Sem contar as aulas de Educação Física, tu participas de alguma escolinha, time, dança ou ginástica no teu colégio? (só contar atividades com professor ou instrutor)</b> (0) não <i>SE NÃO PULAR P/ 23</i> (1) sim		
<b>22. SE SIM: Quais?</b> (8)NSA Futebol (0) não (1) sim      Futsal (0) não (1) sim      Vôlei (0) não (1) sim      Basquete (0) não (1) sim      Handebol (0) não (1) sim Danças (0) não (1) sim      Lutas (0) não (1) sim      Ginásticas (0) não (1) sim      Outra _____ (0) não (1) sim		
<b>23. Tu participas de alguma escolinha, time, dança ou ginástica sem ser na tua escola? (só contar atividades com professor ou instrutor)</b> (0) não (1) sim		
<b>24. SE SIM: Quais?</b> (8) NSA      Futebol (0) não (1) sim      Futsal (0) não (1) sim      Vôlei (0) não (1) sim Basquete (0) não (1) sim      Handebol (0) não (1) sim      Danças (0) não (1) sim Lutas (0) não (1) sim      Ginásticas (0) não (1) sim      Outra _____ (0) não (1) sim		
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS DENTES, SUA BOCA.</b>		
<b>25. Você acha que os seus dentes e a sua boca são:</b> ( ) Muito bons ( ) Bons ( ) Mais ou menos ( ) Ruins		

**26. Quanto os seus dentes ou a sua boca te incomodam?**

Não incomodam  Quase nada  Um pouco  Muito

**Agora vou fazer algumas perguntas sobre seus dentes, sua boca.** Pense em suas experiências nos últimos 3 meses quando você for respondê-las.

**27. Você diria que a saúde de seus dentes, lábios, maxilares e boca é:**

Excelente  Muito boa  Boa  Regular  Ruim

**28. Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam sua vida em geral?**

De jeito nenhum  Um pouco  Moderadamente  Bastante  MUITÍSSIMO

<b>NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TEVE:</b>	Nunca	1 ou 2 vezes	Algumas vezes	Frequente mente	Todos os dias/quase todos
29. Dor nos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?					
30. Feridas na boca?					
31. Mau hálito?					
32. Restos de alimentos presos dentro ou entre os seus dentes?					
33. Demorou mais que os outros para terminar sua refeição por causa de seus dentes, lábios ou boca?					
34. Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou Carne por causa de seus dentes, lábios ou boca??					
35. Dificuldades para dizer algumas palavras por causa de seus dentes, lábios ou boca?					
36. Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios por causa de seus dentes, lábios ou boca?					
37. Ficou irritado (a) ou frustrado (a) por causa de seus dentes, lábios ou boca?					
38. Ficou tímido, constrangido ou com vergonha por causa de seus dentes, lábios ou boca?					
39. Ficou chateado por causa de seus dentes, lábios ou boca?					
40. Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares?					
<b>Nos últimos 3 meses, com que frequência você:</b>					
41. Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças por causa de seus dentes, lábios ou boca?					
42. Discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família por causa de seus dentes, lábios ou boca?					
43. Outras crianças lhe aborreceram ou lhe chamaram por					

apelidos por causa de seus dentes, lábios ou boca ?					
44. Outras crianças lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca?					

**AGORA, VAMOS TE PERGUNTAR SOBRE A TUA ALIMENTAÇÃO (DIETA):**

Com que frequência tu tomas as seguintes bebidas? Assinalar a resposta com um "X" para cada bebida, em frente a cada uma delas.

Bebidas	Nunca	≤ 1 X/semana	2-4 X semana	1X/dia	≥ 2X/dia
45.Refrigerante					
46. Refrigerante diet ou light					
47. Suco de fruta natural (ex:laranja, limão, etc)					
48. Suco de fruta artificial (ex:Tang, Frisco) ou refresco					
49. Bebidas isotônicas (ex:Red Bull, Horse, etc)					
50.Iogurtes (ex: sabor de morango, coco, etc)					
51. Bebidas com leite (ex:Nescau)					
52.Chá quente e/ou gelado					
53.Agua natural (torneira, garrafa) sem gás					
54. Água com gás					
55.Frutas cítricas (ex: laranja, limão, abacaxi)					
<b>56. Como tu costumavas tomar a bebida?</b>					
( ) Normal (engole logo) ( ) Bochecha/deixa na boca ( ) Com canudo					
<b>57.Agora, vamos te perguntar sobre as tuas condições de estômago:</b>					
<b>58.Tu tens a sensação de líquido ácido na boca ou garganta (refluxo, azia) e com frequência?</b>					
(0) Sim (1) Não (2) Às vezes (9) IGN					
59. Frequência: (0) Todos os dias (1) Todas as semanas (2) Todos os meses (8) NSA					
<b>60. Tu vomitas frequentemente:</b>					
(0) Sim (1) Não (2) Às vezes (9) IGN					
61. Frequência: (0) Todos os dias (1) Todas as semanas (2) Todos os meses					
<b>MUITO OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO!</b>					