

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Dissertação

**Influência da ansiedade materna na percepção da  
qualidade de vida relacionada à saúde bucal em  
pré-escolares de Pelotas/RS**

**Marília Leão Goettems**

Pelotas, 2010

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**MARÍLIA LEÃO GOETTEMS**

**INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE MATERNA NA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES DE PELOTAS/RS**

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 Odontopediatria.

Orientadora: Prof. Dra. Dione Dias Torriani

Co-orientador: Prof. Dr. Thiago Machado Ardenghi

Pelotas, 2010

Dados de Catalogação da Publicação

G594i

Goettems, Marília Leão

Influência da ansiedade materna na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pré-escolares de Pelotas/RS / Marília Leão Goettems; coordenadora Dione Dias Torriani, coorientador Thiago Machado Ardenghi. -Pelotas: UFPel, 2010. 80f; tab; fig.

Dissertação (Mestrado) Odontopediatria. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

1. Odontopediatria. 2. Saúde bucal. 3. Ansiedade. 4. Tratamento odontológico. 5. Qualidade de vida. I. Torriani, Dione Dias (orient.). II. Ardenghi, Thiago Machado (coorient). III. Título.

D602

Bibliotecária: Cláudia Denise Dias Zibetti CRB-10/ 932

**Banca examinadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dione Dias Torriani

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karen Glazer de Anselmo Peres

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Laura Menezes Bonow

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Marcos Bussoletti

## Dedicatória

- À **Deus**, por conduzir minha vida em todos os momentos.
- À minha querida mãe **Maria Elizabeth** (*in memoriam*) a quem dedico não só este trabalho, mas a minha vida.
- Ao meu pai, **Ronaldo**, obrigada por tudo, especialmente por nunca medir esforços pelas suas filhas. Sua dedicação e amor são grandes responsáveis por cada conquista nossa.
- À minha irmã **Mariana**, meu grande amor, o melhor presente que meus pais me deram.
- Aos meus **Avós**, essenciais na minha vida.
- Ao meu namorado **Vinícius**, obrigada por me incentivar sempre, por fazer tudo parecer mais fácil e por me fazer mais feliz.

## Agradecimentos

- **À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dione Dias Torriani**, a quem serei sempre grata pela atenção dedicada e pela confiança depositada. Tenho muita admiração e carinho por ti. Muito obrigada por me ajudar na realização de um sonho! Obrigada também ao **Prof. Marcos** e à **Betina**, por sempre me receberem bem, mesmo quando precisava chegar cedo ou sair tarde da casa de vocês.
- **Ao meu co-orientador, Prof. Thiago Machado Ardenghi**, foi um grande privilégio lhe conhecer e ter a oportunidade de aprender contigo. Muito obrigada pela ajuda em todos os momentos deste trabalho.
- **Às professoras de Clínica Infantil, Ana Regina Romano**, pelo exemplo de pessoa e profissional e por ter sido fundamental no desenvolvimento do trabalho e **Maria Laura Menezes Bonow**, pela convivência e pelos aprendizados.
- Ao **Prof. Flavio Fernando Demarco**, coordenador do PPGO, que admiro muito pela competência e responsabilidade com que conduz seu trabalho. Obrigada por sempre apresentar soluções quando as coisas pareciam difíceis.
- Aos **professores do PPGO**, pelos conhecimentos divididos.
- Aos **colegas do PPGO**, pela convivência agradável, especialmente à **Marina**, minha colega do Mestrado em Odontopediatria, a melhor colega que eu poderia ter tido.
- Aos **professores da Unidade de Saúde Bucal Coletiva: Tânia Bighetti, Eduardo Castilhos e Lizandrea Schardozim**, por terem emprestado o instrumental para o levantamento e pela ajuda na revisão do projeto.
- À secretária do PPGO, **Josiane**, pela disposição em ajudar sempre.

- Aos colegas de pós-graduação **Carolina Pinto, Marina Azevedo, Marcos Corrêa, Renata Ferro, Sônia Peralta, Gregori Boeira, Marília Barbosa, Giane Linhares, Genara Gomes, Francine Madruga, Vanessa Pereira, Glória Cubas e Marcos Pacce** e da graduação **Fernanda, Ana Paula, Luísa, Quéren, Letycia, Adrine, Silene, Luís Renato, Guilherme, Juliana B., Juliana Q., Kauê, César, José Augusto, Antônio, Renata F., Renata C., Helena, Neimar, Raíssa, Tiago, Cláudia, Daiane, Fabiane, Marcelo, Priscila, Mariana, Valéria, Valesca, Lucas, Marco Aurélio, Caroline, Mozara, e Patrícia** por terem participado da coleta de dados. Muito obrigada, esse trabalho não seria possível sem a colaboração de vocês.

- À Secretaria Municipal de Saúde, por ter permitido a realização da pesquisa nas Unidades de Saúde.

- Às **mães** e especialmente às **crianças** que participaram da calibração e do levantamento e que foram verdadeiros “anjos”.

## Resumo

GOETTEMS, Marília Leão. **Influência da ansiedade materna na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pré-escolares de Pelotas/RS.** 2010. 80f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A ansiedade ao tratamento odontológico está relacionada com pior condição de saúde bucal, uma vez que indivíduos com medo tendem a descuidar de sua saúde bucal e evitar o atendimento, e também com maior presença de impactos na qualidade de vida. É possível que a ansiedade dos pais também influencie a saúde bucal dos filhos, impactando negativamente a percepção destes sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças. O objetivo desse estudo transversal foi avaliar a prevalência de ansiedade odontológica entre as mães e sua influência na percepção sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de seus filhos. Foram incluídas 608 crianças de 2 a 5 anos e suas mães, presentes em Unidades de Saúde de Pelotas/RS, durante o dia da Campanha Nacional de Vacinação. As mães responderam a um questionário contendo informações socioeconômicas, demográficas e sobre uso de serviços odontológicos. A ansiedade ao tratamento odontológico foi mensurada pela *Dental Anxiety Scale*, de Corah, e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças com o *Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)*. O exame clínico das crianças foi realizado por Cirurgiões-dentistas calibrados quanto à condição da coroa (índice ceo-d da OMS), quanto à presença de traumatismos dentários (O'Brien) e de maloclusão. Os dados foram avaliados através do modelo de regressão de Poisson, usando variância robusta (RR:95%IC,  $p \leq 0,05$ ). A prevalência de ansiedade odontológica entre as mães foi 40,5%. O escore médio do *ECOHIS* foi 3,3 (DP= $\pm 5,4$ ) e o total variou de 0 a 42 (máximo possível 52). Após análise multivariada, encontrou-se que o fato de a mãe ser ansiosa causou maior média de impactos no domínio estresse dos pais avaliado pelo *ECOHIS* (RR=1,60; IC95% 1,20-2,13). A associação da ansiedade com maiores médias no domínio funcional e no escore total, encontrada na análise bivariada, não se confirmou na múltipla. Com relação ao escore total do *ECOHIS*, foi influenciado pela presença de cavidades de cárie (RR=2,26; IC95% 1,75-2,93), baixa escolaridade materna (RR=1,32; IC95% 1,02-1,71), uso não regular de serviço odontológico pela mãe (RR=1,37; IC95% 1,06-1,77) e com o fato de a criança nunca ter ido ao dentista (RR=0,46; IC95% 0,35-0,61). Concluiu-se que a percepção das mães sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças é influenciada pela condição clínica, por características socioeconômicas e utilização de serviços odontológicos. Mães ansiosas tendem a se sentir mais culpadas e aborrecidas com relação aos problemas bucais de seus filhos.

Palavras-chave: Odontopediatria. Saúde bucal. Ansiedade ao tratamento odontológico. Qualidade de vida.

## Abstract

GOETTEMS, Marília Leão. **Influence of maternal anxiety on oral health-related quality of life of preschool children in Pelotas/RS.** 2010. 80p. Master's degree thesis – Graduation Program in Dentistry. Federal University of Pelotas, Pelotas, RS.

Dental anxiety is associated with impaired oral health status, once it causes people to rely on oral health self-care and avoid dental treatment, and is also related with an impact on oral health-related quality of life. Parental anxiety may as well influence the child's oral condition and this could negatively influence their parents' perception on the child's quality of life. The aim of this cross-sectional study was to determine the occurrence of maternal dental anxiety and its relationship with the child's oral health-related quality of life. Six hundred and eight children aged from 2 to 5 years and their mothers, attending health care centers during the Children Vaccination National Day in Pelotas/RS were included in this study. Demographic information, socioeconomic status and the use of dental care services were assessed by means of a questionnaire. Maternal dental anxiety was measured by Corah's Dental Anxiety Scale and the child's oral health-related quality of life by the Early Childhood Oral Health Impact Scale (*ECOHIS*). Clinical examination for recording dental caries (dmf-t), dental trauma (O'Brien) and occlusal patterns were performed by calibrated dentists. Data analyses were performed by the Poisson regression model using robust variance (RR; 95%CI,  $p \leq 0.05$ ). Dental anxiety was present in 40.5% of the mothers. *ECOHIS* mean score was 3.3 (dp 5.4) and the total score ranged from 0 to 42 (maximum of 52). After multiple regression analysis, maternal dental anxiety was associated with a higher mean in the parental distress domain by *ECOHIS* (RR=1.60; IC95% 1.20-2.13). Anxiety association with functional domain and total score means was not confirmed after adjustment. A higher mean in the scores of the overall scale was associated with the presence of cavities (RR=2.26; IC95% 1.75-2.93), low maternal schooling (RR=1.32; IC95% 1.02-1.71), irregular use of dental care services by mothers (RR=1.37; IC95% 1.06-1.77) and the fact that the child had never had a dental appointment (RR=0.46; IC95% 0.35-0.61). In conclusion, the maternal perception of the child's oral health-related quality of life is associated with clinical condition, socioeconomic indicators and the use of dental care services. Anxious mothers tend to feel more upset and guilty because of their children's dental problems.

Key-words: Pediatric Dentistry. Oral health. Dental Anxiety. Quality of life.

## Lista de Figuras

Figura 1	Resultados principais de estudos que avaliaram a relação entre saúde bucal, qualidade de vida relacionada à saúde bucal e ansiedade ao tratamento odontológico.....	19
Figura 2	Mapa da cidade de Pelotas.....	22
Figura 3	Unidades Básicas de Saúde sorteadas e localização .....	24
Figura 4	Categorização das variáveis .....	28
Figura 5	Realização da entrevista .....	35
Figura 6	Realização do exame clínico .....	36
Figura 7	Número de pares mãe-filho avaliados em cada Unidade Básica de Saúde. Pelotas (2009) .....	36

## Lista de Tabelas

### Projeto

Tabela 1	População por classes sociais e por áreas de residência no município de Pelotas – 2002 (2001) .....	22
Tabela 2	Medidas descritivas relativas aos instrumentos <i>DAS</i> e <i>ECOHIS</i> e de dados do exame clínico das crianças .....	30
Tabela 3	Escore de cada domínio e média do <i>ECOHIS</i> de acordo com dados obtidos no exame clínico das crianças, sua história de atendimento odontológico prévio e nível de ansiedade materna	31

### Artigo

Tabela 1	Características demográficas, socioeconômicas, clínicas, uso de serviços odontológicos e ansiedade odontológica materna na amostra. Pelotas, 2009 (n=608) .....	54
Tabela 2	Distribuição dos valores obtidos nos escores do <i>ECOHIS</i> total e por domínio. Pelotas, 2009 (n=608).....	54
Tabela 3	Associação entre variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas, ansiedade materna e média do <i>ECOHIS</i> total e por domínios - análise bivariada.....	55
Tabela 4	Associação entre variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas, ansiedade materna e média do <i>ECOHIS</i> total e por domínios - análise multivariada.....	57

## Lista de Abreviaturas e Siglas

- ceo-d** - Média de dentes decíduos (d) cariados (c), extraídos (e) e obturados (o).
- CD** - Cirurgião-dentista
- CHILD-OIDP** - Child Oral Impacts on Daily Performances
- COHIP** - Child Oral Health Impact Profile
- COHQoL** - Child Oral Health Quality of Life Instrument
- CPOD** - Média de dentes permanentes (D) cariados (C), perdidos (P) e obturados (O).
- CPQ** - Child Perceptions Questionnaire
- DAS** - Dental Anxiety Scale
- ECOHIS** - Early Childhood Oral Health Impact Scale
- FSC** - Fear Survey Scale
- GaFS** - Gatchell Fear Scale
- IDI** - Índice de Desenvolvimento Infantil
- OHIP 14** - Oral Health Impact Profile
- OHRQoL** - Oral Health Related Quality of Life - Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- UFPeI** - Universidade Federal de Pelotas
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância

## Sumário

### Projeto de Pesquisa

<b>1 Antecedentes e Justificativas .....</b>	<b>13</b>
<b>2 Hipótese .....</b>	<b>20</b>
<b>3 Objetivos .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>20</b>
<b>4 Metodologia .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Delineamento do estudo .....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Localização e descrição da população .....</b>	<b>21</b>
<b>4.3 Amostragem .....</b>	<b>23</b>
<b>4.4 Seleção da amostra .....</b>	<b>23</b>
<b>4.5 Coleta de dados .....</b>	<b>24</b>
<b>4.5.1 Exames clínicos .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5.1.1 Calibração .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5.1.2 Exame clínico propriamente dito das crianças .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5.2 Entrevista com as mães .....</b>	<b>26</b>
<b>4.6 Variáveis .....</b>	<b>27</b>
<b>4.6.1 Variável dependente.....</b>	<b>27</b>
<b>4.6.2 Variáveis independentes .....</b>	<b>27</b>
<b>4.7 Análise dos resultados .....</b>	<b>29</b>
<b>4.8 Aspectos éticos .....</b>	<b>29</b>
<b>5 Projeto piloto .....</b>	<b>30</b>

<b>6 Cronograma .....</b>	<b>32</b>
<b>7 Orçamento .....</b>	<b>33</b>
<b>Relatório do trabalho de campo .....</b>	<b>34</b>
<b>Artigo .....</b>	<b>38</b>
<b>Conclusões .....</b>	<b>59</b>
<b>Referências .....</b>	<b>60</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>64</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>72</b>

## **PROJETO DE PESQUISA**

### **1. Antecedentes e Justificativas**

A Odontopediatria tem avançado muito e alcançado sucesso em aspectos como a prevenção e controle das doenças bucais, o que se deve em grande parte à incorporação do conceito de Promoção de Saúde.

A despeito dessa constatação, sabe-se que determinados grupos não vivem essa realidade, seja por falta de acesso ou por comportamentos refratários, e apresentam níveis significativos de doença. Segundo dados do levantamento de saúde bucal SB Brasil 2003, 27% das crianças entre 18 e 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Aos 5 anos essa proporção chega a quase 60% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Parâmetros clínicos, quando usados isoladamente, não documentam todo o impacto das desordens bucais na vida dos indivíduos. Segundo Locker (1988), as medidas tradicionais de avaliação fornecem pouco conhecimento sobre as conseqüências das doenças na vida das pessoas, representando um aspecto unidimensional limitado de saúde. Uma vez que os indicadores clínicos avaliam o estado de saúde bucal através da gravidade e presença ou ausência de doença, não tem a capacidade de mensurar o quanto esta interfere na vida diária e necessitam ser suplementados por medidas de aspectos sociais e emocionais de saúde. Estas, baseados no funcionamento social, psicológico e sentimentos, documentam impacto pessoal e social mais amplo das doenças bucais.

Dessa forma, tem sido frequente a utilização de indicadores subjetivos de saúde bucal, chamados indicadores sócio-dentais ou indicadores de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (*OHRQoL*). Tais medidas determinam o impacto das condições bucais nas atividades diárias de indivíduos afetados, complementando os indicadores clínicos e fornecendo, assim, melhor compreensão da saúde tanto de indivíduos como da comunidade (JOKOVIC et al., 2002).

Sabe-se que a presença de cárie dentária e outras condições freqüentes na infância como traumatismos alveolodentários, doença periodontal, maloclusão e defeitos de formação podem produzir sintomas e causar impactos físicos e

psicossociais nas crianças (MCGRATH; BRODER; WILSON-GENDERSON, 2004). A pior condição de saúde bucal, especialmente quando da ausência de tratamento, pode afetar o dia-a-dia e influenciar na qualidade de vida. Em trabalho que avaliou a percepção dos pais sobre o impacto psicossocial da presença de cárie severa em crianças de quatro anos de idade e suas famílias, encontrou-se que, para a maioria dos pais das crianças afetadas, a saúde bucal influenciou a vida de seus filhos. O oposto foi relatado pelos pais das crianças com boa saúde bucal (FEITOSA; COLARES; PINKHAM, 2005).

Entretanto, há poucas informações, especialmente em crianças pequenas, com relação às possíveis conseqüências funcionais, emocionais, sociais e econômicas dos problemas bucais (TESCH; OLIVEIRA; LEAO, 2007). Isso ocorre porque o foco inicial dos estudos de *OHRQoL* foram populações adultas e geriátricas. Apenas mais recentemente esse interesse se estendeu às crianças e adolescentes, e esforços consideráveis têm sido feitos no desenvolvimento de instrumentos específicos apropriados para a faixa etária a ser estudada e que considerem o estágio de desenvolvimento cognitivo, social e emocional (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007, TESCH; OLIVEIRA; LEAO, 2007).

Jokovic et al. (2002) desenvolveram o *Child Oral Health Quality of Life Instrument* (COHQoL), para mensurar o impacto dos problemas bucais em crianças de 6 a 14 anos. O instrumento foi baseado no modelo conceitual proposto por Locker (1988), que engloba os conceitos de doença, deficiência, limitação funcional, incapacidade e desvantagem social.

O *Child Oral Impacts on Daily Performances* (CHILD-OIDP) foi desenvolvido para crianças de 11 a 12 anos e avalia os impactos sobre a capacidade de executar atividades diárias relativas aos desempenhos físico, psicológico e social (GHERUNPONG; TSAKOS; SHEIHAM, 2004).

Outro instrumento específico para crianças, o *Child Oral Health Impact Profile* (COHIP) (BRODER; WILSON-GENDERSON, 2007), engloba a faixa etária de 8 a 14 anos e inclui questões que avaliam tanto aspectos positivos quanto negativos de *OHRQoL*, o que lhe confere um caráter inovador em relação aos anteriores (TESCH; OLIVEIRA; LEAO, 2007).

Para avaliar o impacto dos problemas de saúde bucal e tratamentos relacionados na qualidade de vida de crianças pré-escolares e suas famílias, Pahel, Rozier e Slade (2007) desenvolveram o *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS).

Específico para essa faixa etária, foi formulado a partir da seleção de 13 dos 36 itens que compõem o COHQOL. O questionário é respondido pelos pais ou responsáveis e pode ser usado em levantamentos epidemiológicos para discriminar entre crianças com e sem experiência de doença bucal (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007).

Na avaliação em crianças, uma importante questão a considerar é se dados mais confiáveis e válidos podem ser obtidos a partir das próprias ou de seus pais. Uma revisão sistemática sobre o tema encontrou que as respostas fornecidas pelos pais poderiam refletir a realidade a partir da sua percepção, a qual não é necessariamente idêntica a da criança. Além disso, os pais possuiriam conhecimento limitado sobre seus filhos e, logo, as mães detectariam melhor os impactos na qualidade de vida que os pais (BARBOSA; GAVIAO, 2008).

Entretanto, as crianças menores de seis anos de idade não têm habilidade de lembrar exatamente do cotidiano e eventos além de 24 horas (REBOK et al., 2001), não havendo evidências de que informações válidas sobre *OHRQoL* possam ser obtidas a partir de crianças pequenas. Dadas as limitações cognitivas e também de comunicação, especialmente em pré-escolares, a utilização de respondentes secundários se faz necessária, cabendo aos pais fornecerem as informações sobre impactos das doenças bucais (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007).

Nessa faixa etária, o conhecimento dos pais seria maior, pois à medida que os filhos crescem, passam mais tempo longe de sua supervisão e a dividir em menor extensão suas experiências (JOKOVIC; LOCKER; GUYATT, 2004).

A partir da percepção dos pais, também são obtidas importantes informações adicionais, que podem ajudar a guiar as decisões de tratamento (JOKOVIC et al., 2003, WILSON-GENDERSON; BRODER; PHILLIPS, 2007), pois os adultos geralmente carregam a responsabilidade pela saúde de crianças pequenas (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007).

Dessa forma, o uso desses indicadores também fornece importantes conhecimentos sobre determinantes na procura pelo cuidado, na aderência aos tratamentos e na satisfação com o cuidado recebido, mais do que a ausência de doença. Reconhece-se, portanto, que as medidas tradicionais necessitam ser suplementadas por dados obtidos dos próprios pacientes e/ou de pessoas próximas, que capturam suas experiências e preocupações (FITZPATRICK et al., 1998), incluindo-os nos estudos, tornando-os sujeitos das pesquisas.

Essa visão é condizente com o modelo contemporâneo de doença e suas conseqüências, o qual sugere que a relação entre indicadores clínicos de doença e desfechos de qualidade de vida relacionada à saúde é mediada por variáveis pessoais e do ambiente (LOCKER, 1988).

Além da qualidade de vida, outro tema citado como de central importância na Odontologia (VERMAIRE; DE JONGH; AARTMAN, 2008), inclusive em termos de saúde pública por representar uma barreira na busca por atendimento (LEE; CHANG; HUANG, 2008), é a ansiedade ao tratamento odontológico. Problemas como dor, desconforto, desordens funcionais e estéticas podem ocorrer tanto pela falta de atendimento odontológico, por conseqüência do medo, como por comportamentos de negligência com a saúde bucal, freqüentes em pessoas ansiosas (EITNER et al., 2006, MEHRSTEDT et al., 2007).

Estudos demonstram que o medo ao tratamento odontológico é comum e a porcentagem de pessoas que o apresentam em algum nível varia de 16,4% (LOCKER et al., 1999) a 28,2% (KANEGANE et al., 2003). Mulheres na faixa etária de 26 a 35 anos e que não visitam o dentista regularmente são os sujeitos mais propensos a apresentarem tal sentimento (MEHRSTEDT; TONNIES; EISENTRAUT, 2004, STOUTHARD; HOOGSTRATEN, 1990).

É comprovado que pessoas com alto nível de ansiedade ou medo tendem a apresentar uma condição pior de saúde bucal (JAMIESON et al., 2009). Eitner et al (2006) avaliaram com o uso da escala psicométrica *Dental Anxiety Scale (DAS)* (CORAH, 1969), e da *Gatchell Fear Scale (GaFS)* a presença de ansiedade ao tratamento e a sua relação com o estado de saúde bucal. Encontrou-se que pacientes com escores elevados de ansiedade/medo apresentaram significativamente mais lesões de cárie (EITNER, et al., 2006).

Uma melhor compreensão das diferenças entre pessoas com e sem ansiedade odontológica, além de variáveis clínicas, também é importante, pois fornece evidências do impacto desta no dia-a-dia e qualidade de vida dos indivíduos (NG; LEUNG, 2008). Dessa forma, foram desenvolvidos estudos que suportam a relação entre ansiedade ao tratamento odontológico, comprometimento da saúde bucal e influência na *OHRQoL* (KUMAR et al., 2009, MEHRSTEDT, et al., 2007, NG; LEUNG, 2008) e na percepção geral de qualidade de vida (MEHRSTEDT; TONNIES; EISENTRAUT, 2004, NG; LEUNG, 2008).

Em pacientes da Clínica do Medo Odontológico, em Hamburgo, Alemanha, foi avaliada a relação entre ansiedade, medida através da *DAS* e da *Fear Survey Scale* (FSC), estado de saúde bucal, classe social e autopercepção da qualidade de vida. Pacientes fóbicos apresentaram significativamente maior número de dentes cariados e destruídos, comprovando a conexão entre medo e estado de saúde bucal, bem como relataram pior qualidade de vida em alguns aspectos, o que pode ser interpretado tanto como causador quanto resultado do medo ou da saúde bucal deteriorada (MEHRSTEDT; TONNIES; EISENTRAUT, 2004).

Ao comparar dados de *OHRQoL*, obtidos com o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) (SLADE; SPENCER, 1994), em um grupo de pacientes altamente ansiosos (*DAS* e FSC) com dados normativos de base populacional, encontrou-se que todos os indivíduos ansiosos relataram presença de impacto na *OHRQoL*, enquanto 45% da população geral não. Todos os problemas abordados pelo OHIP-14 foram mais prevalentes nos pacientes ansiosos e quanto maior o nível de ansiedade maior o impacto na qualidade de vida. Os autores sugerem três possíveis relações entre ansiedade e *OHRQoL*: a ansiedade pode ter feito com que os sujeitos percebessem sua saúde como comprometida e relatassem mais problemas; uma pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal pode ter causado níveis aumentados de ansiedade; e, ainda, ambas podem ter sido causadas pela má condição de saúde bucal, que causaria ansiedade ao tratamento odontológico e faria com que os pacientes percebessem sua saúde como comprometida (MEHRSTEDT, et al., 2007).

Em crianças de 12 anos há um estudo avaliando a influência da ansiedade odontológica na qualidade de vida, avaliada pelo *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ), o qual é parte do instrumento COHQoL. Encontrou-se que o medo relacionado a procedimentos odontológicos causou maior impacto, especialmente nos domínios (LUOTO et al., 2009).

A Fig. 1 mostra a localização, instrumentos utilizados, objetivos e resultados principais de estudos que avaliaram qualidade de vida relacionada à saúde bucal, ansiedade ao tratamento odontológico, saúde bucal e sua relação.

Como a ansiedade materna é sugerida como um indicador da condição bucal da criança e de sua utilização de serviços (KINIRONS; MCCABE, 1995, TUUTI; LAHTI, 1987), esta poderia influenciar também a percepção sobre a qualidade de vida de seus filhos. Informações sobre a relação entre ansiedade materna, saúde bucal da

criança e percepção sobre a COHQoL podem auxiliar na compreensão dos fatores relacionados ao comportamento da família em relação aos cuidados dentários e à saúde bucal do paciente infantil e contribuir para uma melhor abordagem do Odontopediatra com seus pacientes e família. Dessa forma, é importante conhecer se o nível de ansiedade odontológica poderia influenciar a percepção materna sobre o impacto das condições bucais na OHRQoL de seu filho, e melhor conhecer a relação entre percepção em relação à saúde e fatores socioeconômicos e demográficos.

AUTOR (ANO)	LOCAL	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	OBJETIVO	RESULTADOS
FEITOSA; COLARES; PINKHAM, (2005)	Brasil	861 crianças (4 anos) e pais	Questões em parte retiradas do P-CPQ e do AUQEI e exame clínico	Determinar o impacto da presença de cárie severa em pré-escolares	A presença de cárie causou dor, dificuldade em comer, ausências na escola, constrangimento ao sorrir e brincar com outras crianças, impactando negativamente a <i>OHRQoL</i> .
KUMAR, et al., (2009)	Índia	1235 indivíduos (15 a 54 anos)	<i>DAS</i> e <i>OHQoL-UK (W)</i>	Avaliar efeito da ansiedade odontológica na <i>OHRQoL</i>	Ansiedade influenciou significativamente a qualidade de vida, controlando para outras variáveis.
LUOTO, et al., (2009)	Finlândia	133 crianças de 11 a 14 anos	CPQ e Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale	Determinar diferenças na <i>ORHQoL</i> entre crianças com e sem diferentes dimensões de medo odontológico	Medo pode ter efeito negativo na <i>ORHQoL</i> , especialmente nos domínios bem estar emocional e social.
MEHRSTEDT; TONNIES; EISENTRAUT, (2004)	Alemanha	137 pacientes da Clínica do Medo Odontológico	Exame clínico, <i>DAS</i> , <i>DFS</i> e <i>SF-36</i>	Avaliar se a condição buccal e a qualidade de vida são piores em pacientes altamente ansiosos	O medo ao tratamento odontológico mostrou associação negativa com alguns aspectos da qualidade de vida.
MEHRSTEDT, et al., (2007)	Alemanha	2.199 adultos	<i>DAS</i> , <i>DFS</i> e <i>OHIP</i>	Avaliar a <i>OHRQoL</i> em pacientes fóbicos e na população geral	Pacientes com medo apresentaram maior impacto na qualidade de vida. O grau de impacto variou com o nível de ansiedade/medo
NG; LEUNG, (2008)	China	1.000 adultos	Exame clínico, <i>SDAxI</i> e <i>OHIP</i>	Avaliar a relação entre ansiedade odontológica, saúde bucal e <i>OHRQoL</i>	A ansiedade odontológica pode representar fator de risco para pior condição bucal e estar associada com pior <i>OHRQoL</i>

Figura 1 – Resultados principais de estudos que avaliaram a relação entre saúde bucal, qualidade de vida relacionada à saúde bucal e ansiedade ao tratamento odontológico.

## **2. Hipótese**

A percepção das mães sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças é influenciada pela presença de ansiedade materna ao tratamento odontológico.

## **3. Objetivos**

### **3.1 Objetivo geral**

- Avaliar a influência da ansiedade materna na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Determinar a prevalência de ansiedade ao tratamento odontológico entre as mães;
- Determinar a condição de saúde bucal das crianças;
- Relacionar aspectos socioeconômicos e demográficos com o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal;
- Relacionar a utilização de serviços odontológicos pela mãe e pela criança com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal;
- Avaliar o impacto da condição bucal da criança na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

## **4. Metodologia**

### **4.1 Delineamento do estudo**

A presente pesquisa classifica-se como um estudo transversal.

### **4.2 Localização e descrição da população:**

Este estudo será realizado na cidade de Pelotas, localizada na região sul do Rio Grande do Sul, a cerca de 260 Km de Porto Alegre, a capital do estado. De acordo com estimativas do IBGE para 2009, o município possui uma população de cerca de 340.000 habitantes e aproximadamente 57.229 destes possuem até 9 anos de idade (IBGE, 2009).

O índice de desenvolvimento humano (IDH), que varia de 0 a 1, considerando-se o PIB per capita, a longevidade e a educação de determinado local, alcançado por Pelotas em 2000 foi de 0,816. Tal índice coloca o município na 276ª posição entre os mais de cinco mil municípios brasileiros. No Rio Grande do Sul, a colocação de Pelotas em IDH é a 90ª (PNUD, 2009).

O índice de desenvolvimento infantil (IDI), utilizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como indicador da qualidade de vida de crianças de zero a seis anos, incorpora variáveis como: oferta de serviços de saúde e educação, taxa de vacinação, cuidados proporcionados pelos pais e escolaridade materna e paterna. De acordo com os boletins de qualidade de vida na infância, o município de Pelotas ficou em 251º lugar entre os municípios gaúchos e em 1587º lugar entre os municípios brasileiros, apresentando um IDI igual a 0,712 no ano de 2004. Porém, este número foi superior ao do ano 2000, que foi 0,690 (UNICEF, 2006).

A maioria da população economicamente ativa da cidade recebe entre 1 e 2 salários mínimos (ITEPA, 2008). A distribuição geográfica das áreas residências de Pelotas é estabelecida pela Lei Municipal nº 4.398, que divide a sede do município em sete áreas: Areal, Barragem, Centro, Distrito Industrial (Porto/Várzea), Fragata, Laranjal, Três Vendas. A Fig. 2 mostra as áreas do município.

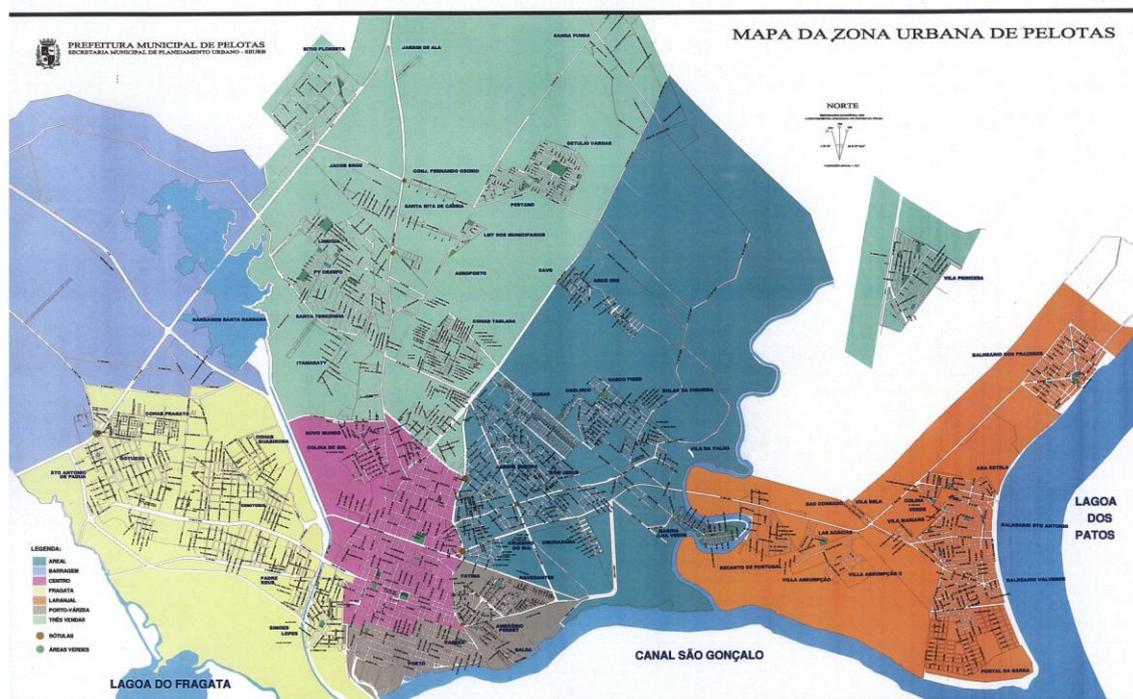


Figura 2 – Mapa da cidade de Pelotas.

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS.

A tab. 1 mostra a distribuição da população da cidade por área e por classe social

Tabela 1 – População por classes sociais e por áreas de residência no município de Pelotas – 2002 (2001).

Classe	Areal	Barragem	Centro	Distrito Industrial	Fragata	Laranjal	Três Vendas	Área Rural	Total	%
A	3.115	90	2.068	110	2.795	367	2.638	1.017	12.200	3,80
<b>B+C (M)</b>	19.017	547	12.629	670	17.061	2.241	16.106	6.206	<b>74.477</b>	<b>23,20</b>
<b>D</b>	24.592	708	16.331	867	22.062	2.899	20.827	8.025	<b>96.311</b>	<b>30,00</b>
<b>E</b>	35.248	1.015	23.408	1.242	31.623	4.155	29.852	11.503	<b>138.046</b>	<b>43,00</b>
<b>Total</b>	81.972	2.360	54.436	2.889	73.541	9.662	69.423	26.751	<b>321.034</b>	<b>100,00</b>
<b>%</b>	<b>25,53</b>	<b>0,73</b>	<b>16,96</b>	<b>0,90</b>	<b>22,91</b>	<b>3,02</b>	<b>21,62</b>	<b>8,33</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: ITEPA – Para melhor entendimento, chamou-se de classe média as classes B e C.

Segundo o plano Municipal de Saúde de Pelotas 2007-2009 (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2007) há 45 unidades gerenciadas pelo município. Trinta e duas delas contam com equipamento odontológico (22 na zona urbana e 10 na zona rural), além disso, existem 08 consultórios odontológicos instalados em escolas públicas, onde são realizadas atividades de atenção básica em saúde bucal. Não há incorporação no município de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. Com relação à condição bucal, segundo o levantamento SB 2000 na região de Pelotas, a média de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados (ceo-d) é 0,44 dos 18 aos 36 meses e 1,48 aos 5 anos. A média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados aos 12 anos é de 1,74 e na faixa etária de 65 a 74 anos é de 24,7.

### **4.3 Amostragem**

O trabalho será conduzido durante o dia de Campanha Nacional de Multivacinação, que ocorrerá em junho de 2009, na cidade de Pelotas/RS. A escolha se baseia no fato de que tal campanha tem pouco diferencial de utilização entre os estratos sociais, abrangendo crianças de todas as classes sociais. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a cobertura vacinal alcançada na última Campanha de Vacinação em Pelotas foi de 88% (Anexo A).

A população estudada serão crianças de dois a cinco anos de idade e suas mães.

### **4.4 Seleção da amostra**

Sendo um dos objetivos do estudo determinar a prevalência de ansiedade ao tratamento odontológico, a amostra mínima estimada foi calculada considerando-se uma prevalência prévia de 50%, margem de erro de até 5% e intervalo de confiança de 95%. Acrescentou-se 20% devido às imprecisões geradas pelo efeito de delineamento (ANTUNES; PERES, 2006) e 10% para eventuais perdas e recusas, obtendo-se assim um número mínimo de 523 indivíduos. O poder para detectar uma diferença mínima de médias (RR) de 1,4 nos escores do *ECOHIS* entre crianças com alta e baixa ansiedade será calculado a partir da amostra final obtida.

A coleta de dados será realizada na própria Unidade Básica de Saúde (UBS). Foi realizado o sorteio ponderado de 9 UBS, a partir da relação obtida na Secretaria Municipal de Saúde, considerando a expectativa de comparecimento de crianças em cada local. Participaram do sorteio somente as UBS localizadas na zona urbana de Pelotas e equipadas com consultórios odontológicos. Existem, no de ano de 2009, 39 UBS na zona urbana do Município, sendo que destas 25 possuem consultórios odontológicos. A Fig. 3 mostra as UBS selecionadas e sua localização. Em cada uma das regiões da cidade, haverá pelo menos um ponto de coleta de dados, com exceção da Barragem, por ser pouco populosa e não possuir UBS com consultório.

<b>UBS</b>	<b>REGIÃO</b>
1. Centro de Especialidades	Centro
2. Dunas	Areal
3. Navegantes	Distrito Industrial
4. Fraget	Fragata
5. Virgílio Costa	Fragata
6. Puericultura	Distrito Industrial
7. Cohab Lindóia	Três Vendas
8. Getúlio Vargas	Três Vendas
9. Colônia Z3	Laranjal/praias

Figura 3 – Unidades Básicas de Saúde sorteadas e localização.

A amostra será selecionada através de um processo por conglomerado em duplo estágio. Caso o acompanhante não seja a mãe e nos casos de recusa, o seguinte par mãe/criança ocupando a fila será então convidado e assim sucessivamente.

#### **4.5 Coleta de dados**

Uma equipe composta por no mínimo um examinador, um anotador e um entrevistador estará presente em cada uma das nove unidades sorteadas. Para a coleta de dados será realizado exame clínico da criança (cárie, traumatismo dentário e maloclusão) e realizada entrevista com a mãe, com o objetivo de obter-se dados demográficos, informações socioeconômicas e sobre a utilização de serviços odontológicos, ansiedade ao tratamento odontológico e percepção sobre o impacto da condição de saúde bucal da criança na qualidade de vida da criança e família.

#### **4.5.1 Exames clínicos:**

##### **4.5.1.1 Calibração:**

Os processos de treinamento e calibração serão 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 (ANTUNES; PERES, 2006, PERES; TRAEBERT; MARCENES, 2001).

A calibração dos examinadores para o exame clínico constará de treinamento teórico, treinamento prático, calibração com cálculo do coeficiente *Kappa* inter e intraexaminadores. Se necessário, serão convidados e treinados novos examinadores. Prevê-se um total de 12 horas de treinamento e calibração, divididos em três períodos.

O treinamento teórico será realizado através de revisão do conteúdo com conceitos e parâmetros importantes para o estudo e com o auxílio de imagens projetadas de casos-clínicos. Haverá contato com a ficha clínica e a entrevista para o esclarecimento de eventuais dúvidas. A calibração propriamente dita será realizada na Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Serão examinados 15 crianças previamente selecionadas, seguindo a mesma rotina pelos examinadores e por um Cirurgião-dentista padrão "ouro". Após o intervalo de uma semana, 20% das crianças serão reexaminadas para calcular a variação intraexaminadores.

##### **4.5.1.2 Exame clínico propriamente dito das crianças**

Os exames ocorrerão nos consultórios odontológicos das Unidades selecionadas, seguindo os preceitos de biossegurança da OMS e utilizado ficha clínica desenvolvida para este fim (Apêndice A).

A condição de cárie será avaliada através do índice ceo-d (OMS., 1999) (Anexo B). Cada componente será contado separadamente.

Serão coletados dados quanto à presença de traumatismo dentário e maloclusão, por atuarem como potenciais variáveis de confundimento, influenciando negativamente na qualidade de vida (JOKOVIC, et al., 2002).

Os dados referentes ao traumatismo dentário na região ântero-superior (incisivos e caninos) serão coletados através dos mesmos critérios utilizados no *United Kingdom Children's Dental Health Survey* (O'BRIEN, 1994) (Anexo C).

Com o auxílio de régua milimetradas será avaliada a presença de sobressaliência e de mordida aberta anterior. Será considerada sobressaliência acentuada quando os incisivos superiores estiverem 3 milímetros ou mais a frente dos incisivos inferiores. Nos casos em que os incisivos não apresentarem contato nas bordas incisais quando em oclusão, será classificada como mordida aberta anterior (MOYERS, 1991).

#### **4.5.2 Entrevista com as mães**

Os entrevistadores serão previamente treinados, através de instruções teóricas e treinamento prático.

Para análise da ansiedade materna ao tratamento odontológico será utilizada a DAS (CORAH, 1969) (Anexo D), uma escala psicométrica que consiste de quatro perguntas de múltipla-escolha relacionadas com as reações subjetivas do paciente quanto a ir ao dentista e em diferentes momentos do atendimento. Cada item varia de 1 a 5 e a partir da pontuação total, que varia de 4 a 20, quantifica-se de forma diretamente proporcional a ansiedade. Autores determinaram que um escore até 11 representa baixa ansiedade, de 12 a 14 moderada, e igual ou maior a 15 alta ansiedade (CORAH; GALE; ILLIG, 1978). Além de amplamente utilizada (NEWTON; BUCK, 2000), foi validada para uso no Brasil, quando encontrou-se uma freqüência de ansiedade alta e moderada de 8,2% e 20%, respectivamente, mostrando-se confiável para avaliar nível de ansiedade ao tratamento odontológico entre adultos (HU; GORENSTEIN; FUENTES, 2007).

Para avaliação subjetiva do impacto dos problemas de saúde bucal e tratamentos relacionados na qualidade de vida das crianças e suas famílias, será aplicado ao responsável o instrumento *ECOHIS* (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007), validado para uso no Brasil (TESCH, 2006, TESCH; DE OLIVEIRA; LEAO, 2008) (Anexo E). O mesmo foi especificamente desenvolvido para avaliar a *OHRQoL*

em crianças pré-escolares, sendo considerado válido e confiável. Possui 13 questões, das quais nove avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança (subescala da criança) e quatro avaliam o impacto sobre a sua família (subescala da família). Na seção de impactos na criança inclui quatro domínios descritivos (sintomatologia, funcional, psicológico e auto imagem/interação social) e na seção de impacto na família, dois domínios (estresse dos pais e função familiar). As respostas são fornecidas em escala do tipo Likert (0= Nunca; 1= Quase nunca; 2= Às vezes (de vez em quando); 3= Com freqüência; 4= Com muita freqüência; 5= Não sei.), variando o escore global de 0 a 52, a partir da soma do escore dado para cada questão. A versão brasileira do questionário *ECOHIS* apresentou boas propriedades psicométricas, sendo considerado um instrumento apropriado para acessar o impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida das crianças pré-escolares brasileiras (TESCH, 2006). Embora o questionário original tenha sido desenvolvido para ser autopreenchido pelo respondente, na versão brasileira os autores optaram por prepará-lo para ser aplicado sob a forma de entrevista. Além disso, comparando-se as duas formas de aplicação em outros indicadores sócio-dentais, a entrevista pode obter maior índice de resposta que o questionário (ROBINSON et al., 2001). Durante a entrevista, a mãe terá a disposição um quadro contendo as opções de resposta do *ECOHIS* para acompanhar a leitura.

Serão coletadas informações sócio-econômicas (renda familiar e escolaridade materna), características demográficas (estrutura familiar), uso de serviços odontológicos pela mãe e filho e percepção sobre sua saúde bucal (Apêndice B).

#### **4.6 Variáveis:**

##### **4.6.1. Variável dependente:**

O impacto dos problemas bucais será avaliado através dos escores totais e por domínio obtidos com o instrumento *ECOHIS*.

##### **4.6.2. Variáveis independentes**

A Fig. 4 mostra a categorização das demais variáveis.

A variável escolaridade materna será categorizada pelo nível de escolaridade atingido. A variável renda familiar será coletada em reais e categorizada a partir da mediana.

A ansiedade materna será categorizada de acordo com o escore da *DAS* em ausente (até 11) ou presente ( $\geq 12$ ).

A utilização de serviços odontológicos pelas mães será obtida através de questão previamente utilizada (CAMARGO; DUMITH; BARROS, 2009), categorizando-se em uso regular ou não regular de serviços odontológicos.

A partir dos dados do exame clínico da criança, a presença de cáries, de traumatismo dentário, assim como de mordida aberta anterior e sobressaliência, serão categorizados em “presente” ou “ausente”.

A idade da criança será categorizada em meses a partir da data de nascimento obtida na entrevista

<b>Variável</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Categorias</b>
Ansiedade materna	Categórica Dicotômica	Baixa/ausente ou Moderada/alta
Renda familiar	Categórica Dicotômica	Categorizada a partir da mediana
Escolaridade materna	Categórica Dicotômica	Até 8 anos ou 8 anos ou mais
Mãe frequenta CD	Categórica Dicotômica	Regularmente ou não regularmente
Gênero da criança	Categórica Dicotômica	Masculino ou feminino
Idade da criança	Numérica Discreta	24 a 60 meses
Já foi ao CD	Categórica Dicotômica	Sim ou Não
ceo-d	Categórica Dicotômica	ceo=0 ou ceo $\geq$ 1
Traumatismo dentário	Categórica Dicotômica	Presente ou Ausente
Mordida aberta anterior	Categórica Dicotômica	Presente ou Ausente
Sobressaliência	Categórica Dicotômica	< 3mm ou $\geq$ 3 mm

CD-Cirurgião-dentista

Figura 4 - Categorização das variáveis.

#### **4.7 Análise dos resultados**

Os dados serão duplamente digitados, para minimizar erros. Será realizada primeiramente a análise descritiva. Após, será feita análise bivariada. A análise multivariada será feita por regressão de Poisson (Razão de Prevalência: 95% I.C) com variância robusta. Serão selecionadas para o modelo múltiplo aquelas variáveis que na análise bivariada obtiverem um p-valor de até 0.20, sendo adotado um nível mínimo de significância de 5% para manutenção das variáveis no modelo final.

Todos os dados serão analisados no programa STATA 10.0 para Windows (*Stata Corporation, College Station, Estados Unidos*).

#### **4.8 Aspectos éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFPel, tendo sido aprovado sob o parecer de número 052/2008 (Anexo F).

O protocolo do estudo foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde, para obtenção da autorização para a realização do mesmo (Anexo G). Todas UBS foram visitadas para entrega de autorização assinada pelo Coordenador de Saúde Bucal do município e contato com os cirurgiões-dentistas para que tomassem conhecimento da pesquisa que ocorreria. Todos os dentistas e a Coordenação de Saúde Bucal do município serão convidados a comparecer no dia da apresentação deste trabalho para que possam tomar conhecimento dos resultados.

Durante sua realização, o objetivo do trabalho será explicado às mães e caso concordem com a participação sua e de seu filho na pesquisa, deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), conforme explicitado no capítulo IV da resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96. As mães serão informadas por escrito sobre a condição bucal das crianças.

## 5 Projeto Piloto

A metodologia proposta no projeto foi testada em um estudo-piloto. Esse estudo foi realizado no Ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFPel, durante 4 dias do mês de janeiro de 2009, e envolveu 13 crianças em atendimento e suas mães.

Inicialmente, a coordenadora da Disciplina de Pediatria foi informada sobre o estudo-piloto e, após a exposição da justificativa, dos objetivos, da metodologia e do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, o consentimento foi imediato.

O objetivo foi testar a operacionalização do método proposto para o levantamento epidemiológico, a aplicabilidade e o entendimento das questões e a organização do trabalho de campo.

A média de idade das crianças foi de 4 anos, sendo 10 meninos e 3 meninas.

A escolaridade média das respondentes foi de 9,5 anos, variando de 5 a 11 anos de estudo. A renda familiar variou de menos de 1 a 4 salários mínimos. Apenas quatro das crianças já havia frequentado o dentista, enquanto quatro das mães procuram o dentista de maneira regular.

A tab. 2 descreve os resultados encontrados para os instrumentos *DAS* e *ECOHIS* e para o índice ceo-d.

Tabela 2 – Medidas descritivas dos instrumentos *DAS* e *ECOHIS* e dados do exame clínico das crianças

	Média ± DP	25 percentil	Mediana	75 percentil	Mínimo	Máximo
<b><i>DAS</i></b>	11,9 ± 4,4	10	12	15	5	20
<b>ceo-d</b>	1,6 ± 2,8	0	0	2,3	0	9
<b><i>ECOHIS</i></b>	2,3 ± 2,5	0	2	5	0	6

A tab. 3 mostra o escore para cada domínio e o escore total do instrumento *ECOHIS* de acordo com dados obtidos no exame clínico e entrevista.

Tabela 3 – Escore médio de cada domínio e média total do *ECOHIS* de acordo com dados obtidos no exame clínico das crianças, sua história de atendimento odontológico prévio e nível de ansiedade materna:

	Domínio							Média <i>ECOHIS</i>
	n	Sintomas bucais	Funcional	Psicológico	Auto-imagem/ interação social	Estresse dos pais	Função familiar	
<b>Lesão cavitada</b>								
Sim	4	1,	0,5	1	0	1	0	3,7
Não	8	0,5	0,3	0,1	0	0,6	0,3	1,8
<b>Maloclusão</b>								
Sim	5	0,8	0,2	0,2	0	0	0	1,2
Não	8	0,6	0,4	0,5	0	1,1	0,4	3
<b>Traumatismo</b>								
Sim	3	1	0,3	1,3	0	0,7	0	3,3
Não	9	0,7	0,3	0,1	0	0,8	0,3	2,2
<b>Consultou dentista</b>								
Sim	4	1,3	1	0	0	1	0	3,3
Não	9	0,4	0	0,6	0	0,6	0,3	1,9
<b>Ansiedade materna</b>								
Alta	4	1	0,3	0	0	0,5	0	1,8
Moderada	3	0,3	0	0	0	0	0	0,3
Baixa	6	0,7	0,5	0,8	0	1,2	0,5	3,7

Não houve problema de entendimento das perguntas por parte dos entrevistados.

O tempo médio das entrevistas foi de 6,5 minutos, variando de 5 a 9.

Com relação ao exame clínico, durou aproximadamente 1 minuto, quando da ausência de alterações, a aproximadamente 3 minutos quando presente.



## 7. Orçamento

<b>Material</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor total</b>
Passagens de ônibus	40	2,00	80,00
Lanche	47 unidades	7,00	329,00
Prancheta	10 unidades	5,00	50,00
Pastas	10 unidades	2,00	20,00
Borracha	10 unidades	1,00	10,00
Lápis preto	15 unidades	2,00	30,00
Caneta esferográfica	30 unidades	2,00	60,00
Cópias xerográficas	3.000	0,08	240
Espátulas de madeira	12 pacotes	7,50	90,00
Gorro	01 caixa	16,00	16,00
Máscara	01 caixa	13,00	13,00
Luvas	4 caixas	15,00	60,00
Balões	25 pacotes	2,00	50,00
Solicitação de artigos	20	8,00	160,00
Papel Chamex A4	03 pacotes	15,00	45,00
Cartucho para impressora	01 unidade	50,00	50,00
Aluguel de ônibus	01	180,00	180,00
Digitadores	02	300,00	600,00
<b>TOTAL</b>			<b>2.083,00</b>

# RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

## 1. Treinamento e calibração

Nos dias 29 e 30 de maio de 2009 foi realizado o treinamento e calibração dos examinadores, anotadores e entrevistadores como etapa preliminar preparatória ao estudo. A atividade desenvolveu-se da seguinte forma:

- **Dia 29/05/09:** Foram apresentados os objetivos do estudo a todo o grupo. Foi realizado o treinamento teórico-prático dos anotadores e entrevistadores (35 alunos de graduação em Odontologia). Aos examinadores (12 Cirurgiões-dentistas, alunos do Programa de Pós-graduação em Odontologia), foram apresentados os critérios de diagnóstico para cada uma das condições estudadas. Essa etapa durou cerca de quatro horas. Um manual de instruções, contendo informações sobre a realização do exame clínico e entrevista, foi fornecido a todos participantes (Apêndice D).

- **Dia 30/05/09:** Realizou-se a calibração na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Pelotas. Participaram dessa etapa 20 crianças, todas em atendimento na Unidade de Clínica Infantil da Faculdade. As despesas com transporte foram ressarcidas e foram fornecidas às crianças instruções e *kits* de higiene bucal. Em caso de recusa da criança o exame era interrompido. Cada um dos examinadores e uma examinadora-padrão examinaram o mínimo de 15 crianças. Os entrevistadores treinaram a aplicação dos questionários com pelo menos uma das mães. Essa etapa durou cerca de 5 horas.

Para cada um dos examinadores e para cada condição foi realizada a estatística kappa, tendo como referência a examinadora-padrão. Após o intervalo de duas semanas, foi feito o reexame de 20% das crianças, obtendo-se o kappa intraexaminadoresador.

O kappa interexaminadoresadores obtido foi de 0,92 para cárie dentária, 0,83 para oclusão e 0,78 para traumatismo dentário. O kappa intraexaminadoresadores foi 0,95 para cárie, 1 para oclusão e 0,85 para traumatismo. Todos examinadores que participaram do processo atingiram o valor kappa maior que 0,70.

## 2. Levantamento de dados:

No dia 20 de junho, dia da primeira etapa da Campanha de Multivacinação Infantil, foi realizada no período das 8:00 às 17:30 a coleta de dados nas 9 UBS sorteadas, através de entrevista (Fig. 5) e exame clínico (Fig. 6). Foi realizada a divulgação do trabalho no jornal local e no site da Universidade (Anexo H).



Figura 5 – Realização da entrevista.



Figura 6 – Realização do exame clínico.

Foram convidados a participar 679 pares de mãe-criança. A taxa de resposta do estudo foi de 89,5% (n= 608) e a taxa de não participação de 10,5% (n=71), sendo que 59 não foram incluídas devido à recusa das mães em participar e 22 por recusa da criança na realização do exame.

O número de pares avaliado em cada UBS está demonstrado na Fig. 7.

<b>UBS</b>	<b>PARES</b>
1. Centro de Especialidades	62
2. Dunas	92
3. Navegantes	74
4. Fraget	62
5. Virgílio Costa	69
6. Puericultura	61
7. Cohab Lindóia	69
8. Getúlio Vargas	77
9. Colônia Z3	42
<b>TOTAL</b>	<b>608</b>

Figura 7 – Número de pares mãe-filho avaliados em cada Unidade Básica de Saúde, Pelotas/2009.

### **3. Encaminhamento e atendimento das crianças:**

Todas as mães receberam informações por escrito sobre o estado de saúde bucal de seus filhos e o telefone para contato com a aluna responsável pelo estudo, para busca de informações. Aquelas que procuraram atendimento odontológico foram examinadas, receberam os atendimentos de urgência indicados e foram incluídas conforme necessidade na Unidade de Clínica Infantil II da Faculdade de Odontologia.

**ARTIGO#****Influência da ansiedade materna na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares**Influência da ansiedade nos escores do *ECOHIS*

- **Goettems, Marília Leão.** Cirurgiã-dentista, aluna do Mestrado em Odontopediatria. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.
  
- **Ardenghi, Thiago Machado.** Doutor em Odontopediatria. Professor do Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.
  
- **Torriani, Dione Dias.** Doutora em Odontopediatria. Professora do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.

\* **Autor para correspondência:** Marília Leão Goettems

Endereço: Rua Barão de Santa Tecla 512 ap. 502 CEP 96.010-140  
Pelotas/RS/Brasil

Telefone: 53- 9135-3789

e-mail: mariliagoettems@hotmail.com

\* **Agradecimento:** Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

## RESUMO

*Objetivo:* Avaliar a prevalência de ansiedade ao tratamento odontológico entre as mães e sua influência na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares.

*Metodologia:* Um estudo transversal envolvendo 608 crianças de 2 a 5 anos de idade e suas mães foi realizado durante o dia da Campanha Nacional de Vacinação Infantil, na cidade de Pelotas/RS, Brasil. Através de entrevista com as mães coletaram-se informações socioeconômicas, demográficas e sobre uso de serviços odontológicos. A ansiedade ao tratamento odontológico foi mensurada pela *Dental Anxiety Scale* e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças pelo *Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)*. Realizou-se exame clínico das crianças para avaliação de cárie dentária (ceo-d), traumatismo (O'Brien) e oclusão. Os dados foram analisados através do modelo de regressão de Poisson, usando variância robusta (RR:95%IC).

*Resultados:* A prevalência de ansiedade odontológica entre as mães foi 40,5%. O escore médio do *ECOHIS* foi 3,3 (DP= $\pm$  5,4) e o total variou de 0 a 42 (máximo possível=52). Mães ansiosas responderam maior impacto no domínio estresse dos pais que mães não ansiosas (RR=1,60; IC95% 1,20-2,13). O escore total do *ECOHIS* foi influenciado pela presença de cárie não tratada (RR=2,26; IC95% 1,75-2,93), baixa escolaridade materna (RR=1,32; IC95% 1,02-1,71), uso não regular de serviço odontológico pela mãe (RR=1,37; IC95% 1,06-1,77) e com o fato de a criança nunca ter ido ao dentista (RR=0,46; IC95% 0,35-0,61).

*Conclusões:* A prevalência de ansiedade odontológica entre as mães foi alta e não influenciou a percepção sobre a qualidade de vida das crianças apenas. Entretanto, mães ansiosas perceberam maior impacto na família, obtendo maiores médias no domínio estresse dos pais. As crianças com pior condição bucal, que já foram levadas ao dentista e cujas mães têm baixa escolaridade e não utilizam serviços odontológicos com regularidade, apresentaram maiores médias de impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Palavras chave: Crianças; Saúde oral; Qualidade de vida; Estudo transversal

## INTRODUÇÃO

Crianças estão sujeitas a diversos problemas que podem prejudicar sua condição bucal, tais como cárie dentária, traumatismos alveolodentários, maloclusão, doença periodontal, defeitos de esmalte e erosão dentária. Os parâmetros clínicos de avaliação, quando usados isoladamente, não documentam todo o impacto das desordens bucais nas atividades diárias dos indivíduos. Segundo Locker (1988), as medidas tradicionais fornecem pouco conhecimento sobre as conseqüências das doenças na vida das pessoas, representando um aspecto unidimensional limitado de

saúde (1), e necessitam serem suplementadas por dados obtidos dos próprios pacientes e/ou pessoas próximas.

Estudos mensurando o impacto das condições bucais na qualidade de vida têm sido realizados, especialmente avaliando adultos. Apenas mais recentemente o interesse se estendeu às crianças e adolescentes, tendo sido desenvolvidos instrumentos específicos, apropriados para a faixa etária a ser estudada e considerando o estágio de desenvolvimento cognitivo, social e emocional (2-4). As informações podem ser obtidas através das próprias crianças e/ou de respondentes secundários, geralmente os pais (5).

Quando se utilizam respondentes secundários, suas características podem afetar a percepção sobre a saúde da criança (6). Em adultos, sabe-se que a auto-percepção é influenciada por características socioeconômicas, demográficas, pelo contexto cultural, pelas condições clínicas e pelo uso de serviços odontológicos (7). Conhecer fatores que possam influenciar a percepção dos pais sobre o impacto dos problemas bucais das crianças é fundamental, pois cabe a estes a responsabilidade sobre os cuidados de saúde de seus filhos.

Assim como a qualidade de vida, a ansiedade é tema de central importância no cuidado odontológico: enquanto a qualidade de vida auxilia no entendimento do impacto dos problemas bucais sobre o bem-estar dos pacientes, a ansiedade ao tratamento representa uma barreira ao acesso e utilização de serviços odontológicos (8), o que leva à deterioração, real ou percebida, da saúde bucal (9). Na população adulta e em adolescentes a relação entre ambos foi estudada e os resultados demonstram que a ansiedade influencia negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (8, 10-13).

A ansiedade odontológica das mães é sugerida como um indicador da condição bucal da criança e de sua utilização de serviços (14, 15). Entretanto, não há estudos que tenham avaliado sua relação com a percepção sobre a saúde bucal. Assim, desenvolveu-se a hipótese de que a presença de ansiedade materna ao tratamento odontológico poderia influenciar negativamente a percepção sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de seus filhos. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de ansiedade ao tratamento odontológico entre as mães e sua influência na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares.

## MÉTODO

### *Amostra*

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. Foi realizado um levantamento epidemiológico abrangendo aspectos relacionados à saúde bucal de crianças de 2 a 5 anos de idade e suas mães, na cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul, Brasil). Pelotas é uma cidade localizada no extremo sul do país, próximo a fronteira com Uruguai e Argentina, e possui cerca de 340.000 habitantes, incluindo 22.150 crianças de até 5 anos (16).

Os dados obtidos foram coletados através de um processo de conglomerado em duplo estágio no dia da Campanha Nacional de Multivacinação Infantil realizada no município em junho de 2009. Segundo a Secretaria de Saúde, a taxa de cobertura vacinal foi de aproximadamente 88% de todas as crianças menores de 5 anos do Município. A grande maioria das crianças é vacinada em Unidades Básicas de Saúde.

Sendo um dos objetivos do estudo determinar a prevalência de ansiedade ao tratamento odontológico, a amostra mínima estimada foi calculada considerando-se uma prevalência prévia de 50%, margem de erro de até 5 pontos percentuais e intervalo de confiança de 95% e multiplicando-se por 1,2 devido ao efeito de delineamento provocado pela seleção da amostra através de conglomerados. O resultado obtido foi acrescido de 10% para suprir eventuais recusas, obtendo-se assim uma amostra de 507 indivíduos. Entretanto, um número maior de pares foi convidado a participar. Considerando a amostra final obtida, o estudo apresentou um poder de 79% para detectar uma diferença mínima de médias (RR) de 1,4 nos escores do *ECOHIS* entre crianças de mães com alta e baixa ansiedade.

Os pontos de coleta de dados foram selecionados através do sorteio ponderado de 9 UBS, dentre as 25 que possuem consultório odontológico no município. Em cada uma das regiões administrativas da cidade havia pelo menos um ponto de coleta de dados, garantindo a representatividade da amostra. As mães eram convidadas a participar de acordo com a ordem de chegada na UBS e, após esclarecimentos sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento, era realizada entrevista com a responsável e exame de saúde bucal da criança. As crianças deveriam apresentar bom estado de saúde geral.

### *Variável dependente*

A versão em português do instrumento *Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)* (17) foi aplicada às mães para avaliar sua percepção sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos filhos. O instrumento é específico para a faixa etária estudada e foi desenvolvido para uso em levantamentos epidemiológicos. Consiste de 13 questões, das quais 9 avaliam o impacto na criança (domínios sintomas bucais, funcional, psicológico e auto-imagem/interação social) e 4 avaliam o impacto na família (domínios estresse dos pais e função familiar). As opções de resposta são apresentadas sob a forma de uma escala do tipo *Likert*, a qual varia de “nunca” (0) a “com muita frequência” (4). Para as responsáveis que responderam “Não sei” em até 2 questões na seção da criança e 1 na da família, um escore para os valores faltantes foi obtido a partir da média das questões da seção (2). O escore total do instrumento varia de 0 a 52 e quanto maior a pontuação maior o impacto percebido na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Para cada domínio e para o escore total foram calculadas as médias de impacto.

### *Variáveis independentes*

A principal variável independente foi a ansiedade materna ao tratamento odontológico, a qual foi mensurada através da versão em português do instrumento *Dental Anxiety Scale (DAS)* (18). Este instrumento tem sido amplamente utilizado por ser válido, confiável e de fácil aplicação (19). Consiste de quatro perguntas de múltipla escolha relacionadas com as reações subjetivas do paciente quanto a ir ao dentista e em diferentes momentos do atendimento. De acordo com a pontuação, que varia de 4 a 20, classifica-se a ansiedade como ausente a baixa ( $DAS < 12$ ) ou moderada a alta ( $DAS \geq 12$ ) (20).

A influência de características clínicas da criança sobre o desfecho também foi estudada. A condição da coroa dentária foi avaliada através do índice ceo-d da OMS (número de dentes decíduos cariados, perdidos ou restaurados), sendo cada componente registrado individualmente (21). Os dentes ântero-superiores foram avaliados quanto à presença de traumatismo (O'Brien (22)). A presença de sobressaliência acentuada ( $\geq 3\text{mm}$ ) e de mordida aberta anterior também foram avaliadas(23).

Informações demográficas e socioeconômicas, como idade da criança (24-35, 36-47 ou  $\geq 48$  meses), renda familiar ( $\geq R\$600,00$  ou  $< R\$600,00$ ) e escolaridade materna ( $>8$  ou  $\leq 8$  anos) também foram coletadas. As mães foram questionadas se já haviam levado seus filhos ao dentista e sobre a sua própria utilização de serviços odontológicos, a qual foi classificada como: não regular se respondeu às alternativas (1) “*nunca vou ao dentista*” ou (2) “*vou quando tenho dor ou quanto tenho um problema*” e regular, se respondeu (3) “*vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não*” ou (4) “*vou regularmente ao dentista*” (24).

### *Coleta de dados*

Previamente a realização do levantamento, foi realizado um estudo piloto com 13 crianças no Ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas para testar a operacionalidade da metodologia proposta.

Os dados foram coletados através de exames clínicos e entrevistas, realizados por 12 examinadores, Cirurgiões-dentistas alunos de pós-graduação, e 35 auxiliares, alunos de graduação em Odontologia. Os entrevistadores foram previamente treinados e os examinadores receberam treinamento teórico e foram submetidos a um processo de calibração com 15 crianças, de acordo com metodologia proposta previamente (25), com cálculo do coeficiente *Kappa* inter e intraexaminadores. A concordância interexaminadores variou de 0,70 a 1 para oclusão, de 0,70 a 0,93 para traumatismo dentário e de 0,85 a 0,96 para cárie. A concordância intraexaminadores, calculada a partir do re-exame de parte das crianças após o intervalo de uma semana, foi de 1 para oclusão e variou de 0,70 a 1 para traumatismo e cárie.

Os exames foram realizados nos consultórios odontológicos das UBS, sob luz artificial e dispendo-se de espátula de madeira, gaze, espelho e sonda da OMS e seguindo-se os preceitos de biossegurança (21). As mães foram informadas por escrito sobre o estado de saúde bucal das crianças e as que procuraram atendimento foram incluídas na Unidade de Clínica Infantil conforme necessidade.

### *Análise estatística*

Os dados foram analisados utilizando-se o programa STATA 10.0 (*Stata Corporation, College Station, Estados Unidos*). Inicialmente, foi feita análise descritiva e bivariada dos dados. Após, foi realizada a análise de regressão múltipla

utilizando regressão de Poisson com variância robusta (Razão de Médias: 95% I.C). Para a construção do modelo foram testadas todas as variáveis que na análise bivariada apresentaram  $p \leq 0,20$ , sendo adotado um nível mínimo de significância de 5% para manutenção das variáveis no modelo final. A variável ansiedade materna foi mantida nos modelos finais independente do seu nível de significância.

## RESULTADOS

Do total de 689 pares de mãe-filho convidados a participar, 608 foram incluídos, obtendo-se uma taxa de participação 88,2%. As razões para não participação foram recusa da mãe (n=59; 8,6%) ou recusa da criança durante realização do exame clínico (n=22; 3,2%).

As características demográficas, nível de escolaridade materna, renda familiar, características clínicas das crianças e a utilização de serviços odontológicos pelas mães e crianças estão demonstradas na Tabela 1. A prevalência de ansiedade materna ao tratamento odontológico foi de 40,5% (n=246). A média de idade das mães foi 29,3 anos (DP= $\pm 7,2$ ) e a média de idade das crianças foi de 43,4 meses (DP= $\pm 12,0$ ). A prevalência de traumatismo dentário foi 29,4%; 44,6% e 23,7% das crianças apresentavam, respectivamente, mordida aberta anterior e sobressaliência aumentada. A prevalência de cárie foi 39%, sendo que apenas 1,7% das crianças com  $ceo-d \geq 1$  apresentavam dentes restaurados ou extraídos, enquanto o restante apresentava cavidades não tratadas. Quase 80% das crianças nunca foram levadas ao dentista.

Quatrocentos e três mães (58,88%) responderam que seus filhos tiveram pelo menos um impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Os valores dos escores do *ECOHIS* total e subdomínios estão expressos na Tabela 2. A média foi de 3,3 (DP= $\pm 5,4$ ) e o escore total variou de 0 a 42. Em todos os domínios as respostas variaram de “nunca” (mínimo possível) até “com muita frequência” (máximo possível), com exceção do domínio função familiar. A média mais alta foi a do domínio estresse dos pais (0,9) e a mais baixa a do domínio auto-imagem/interação social (0,2).

A Tabela 3 mostra os resultados da análise bivariada entre os escores obtidos no *ECOHIS* total e por domínio, de acordo com os preditores considerados. Não houve diferenças quanto ao sexo em nenhum domínio. A ansiedade materna causou

significativamente maiores médias no escore total (RR 1,45; IC95% 1,12-1,87) e nos domínios funcional (RR 1,46; IC95% 1,01-2,14) e estresse dos pais (RR 1,81; IC95% 1,34-2,44).

A Tabela 4 mostra os resultados da análise multivariada para cada um dos domínios e para o escore total. Após ajuste, o escore total do instrumento se manteve associado com presença de cavidades de cárie (RR 2,26; IC95% 1,75-2,93), baixa escolaridade materna (RR 1,32; IC95% 1,02-1,71), uso não regular de serviço odontológico pela mãe (RR 1,37; IC95% 1,06-1,77) e com o fato da criança nunca ter ido ao dentista (RR 0,46; IC95% 0,35-0,61). A ansiedade materna ao tratamento odontológico influenciou no desfecho apenas no domínio estresse dos pais (RR 1,60; IC95% 1,20-2,13), que avalia se o respondente já se sentiu aborrecido ou culpado em função de problemas ou tratamentos dentários de seu filho. A influência da ansiedade nos escores do domínio funcional e no escore total, encontrada na análise bivariada, não se confirmou na análise múltipla.

## **DISCUSSÃO**

A influência de fatores psicossociais no comportamento e atitudes em relação aos cuidados de saúde tem sido bastante estudada. Dentre esses, destaca-se a ansiedade ao tratamento odontológico, por estar relacionada com pior condição bucal e por representar uma barreira aos cuidados dentários (26). O uso de escalas e questionários para mensurar ansiedade é bem estabelecido na Odontologia. A *DAS* destaca-se como a mais amplamente usada em diversos países (19), o que inclusive permite comparações entre diferentes culturas. A prevalência de ansiedade odontológica encontrada nesse estudo (40,5%) foi alta quando comparada a estudos realizados na Índia, França e Fiji (12, 27, 28). No Brasil, estudos encontraram 28,2% de prevalência de ansiedade moderada a alta entre universitários (18) e 27,7% em adultos na cidade de São Paulo (29), também abaixo do encontrado. Entretanto, mulheres tendem a relatar mais medo do que homens com relação ao atendimento (30, 31), especialmente as mais jovens (32-34), como foi a média nesse estudo.

No presente estudo, optou-se por avaliar apenas a percepção das mães, pois geralmente são elas que passam mais tempo com as crianças pequenas e possuem maior conhecimento sobre os filhos para responderem questionários de qualidade de vida (5). A presença de impacto em pelo menos um dos itens do instrumento

*ECOHIS* foi relatada por 58,88% das mães. Resultado semelhante foi encontrado durante o desenvolvimento do instrumento, quando 58,03% dos pais relataram presença de algum impacto na seção da criança e 45,62% na seção da família (2). Como esta escala tem publicação recente, ainda não há pesquisas publicadas em nível populacional que possibilitem a comparação de resultados. Outros estudos com faixa etária semelhante também encontraram impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares. Estudo realizado em Uganda utilizou para tal versão modificada deste instrumento (35), enquanto estudo realizado no Brasil utilizou questões em parte retiradas do *Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ)* (36).

Deve-se destacar que o *ECOHIS* é o único desenvolvido especificamente para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares em levantamentos epidemiológicos e possui a vantagem de não possuir um número extenso de questões, o que facilita a coleta de dados (37). O instrumento possui a capacidade de distinguir entre crianças com e sem experiência de doença e a correlação encontrada entre os escores do *ECOHIS* e a condição bucal demonstrou que os pais podem fornecer respostas válidas sobre a qualidade de vida de seus filhos (2). É importante que os próximos estudos que avaliarem o impacto da saúde bucal de crianças pré-escolares utilizem instrumentos específicos como o *ECOHIS*. Uma vez que já foi traduzido e validado para outras línguas além do português como francês (38), chinês (39) e espanhol (40), se espera que sejam possíveis comparações entre resultados e se ampliem os conhecimentos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares.

Conhecer os fatores que influenciam a condição bucal das crianças e a percepção dos pais pode contribuir com a melhora da saúde infantil. A ansiedade e o medo odontológico, especialmente de mães, têm sido estudados, havendo evidências da sua relação com a utilização de serviços odontológicos e com a condição bucal de seus filhos (14, 15). Em adultos e em adolescentes, estudos encontraram associação negativa entre ansiedade odontológica e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (8, 11, 13). No presente trabalho, foi avaliado se a presença da ansiedade odontológica da mãe afetou sua percepção sobre o impacto da condição bucal na vida da criança e da família. Os resultados demonstraram a tendência de mães ansiosas apresentarem maiores médias em todos os domínios e no total do *ECOHIS*. Na análise bivariada a influência foi significativa na média do

escore total e também nos domínios funcional e estresse dos pais. Após a análise múltipla, a média do domínio estresse dos pais se manteve associada com a presença de ansiedade materna, demonstrando que mães ansiosas têm mais frequentemente sentimentos de culpa e/ou aborrecimento em relação aos problemas e tratamentos dentários de seus filhos do que mães não ansiosas.

A maior média de estresse que as mães ansiosas demonstraram em relação aos problemas de saúde bucal e tratamentos dentários de seus filhos poderia estar relacionada com a preocupação que têm sobre sua própria condição bucal. Indivíduos com pior condição bucal tendem a ser mais frequentemente afetados por sentimentos de culpa, constrangimento e inferioridade, e apresentarem maior ansiedade ao tratamento odontológico (41). Pessoas ansiosas possuem impressão negativa acerca da situação odontológica, sendo compreensível, portanto, que o domínio estresse paterno seja influenciado por tais sentimentos, por não desejarem que os filhos enfrentem essas mesmas situações que lhes causam tanto desconforto.

Observou-se que crianças cujas mães não usam serviços odontológicos com regularidade apresentaram maior média de impacto. Resultado semelhante foi encontrado por Grembowski et. al (42), que concluíram que mães que possuíam cuidado odontológico regular classificaram como melhor a saúde bucal de seus filhos de 3 a 6 anos do que as que não possuíam. De acordo com os autores, o uso regular de serviço pelas mães pode estar relacionado com a condição bucal de seus filhos, através do acesso da criança ao atendimento, influência nos hábitos de higiene e exposição a bactérias cariogênicas. Tais achados enfatizam a importância de se educar os pais como parte das estratégias preventivas para a criança. Além disso, sabe-se que o fato da mãe não ter acesso regular ao dentista está relacionado com presença de ansiedade ao tratamento odontológico (12, 34) e com características socioeconômicas (43), o que também explica sua relação com maior impacto na qualidade de vida.

Baixa renda familiar (35, 44, 45) e escolaridade (12, 46), são apontadas como fator de risco para pior qualidade de vida relacionada à saúde. Neste estudo, a escolaridade materna se mostrou mais importante que a renda familiar, tendo influenciado negativamente o escore do *ECOHIS* após análise múltipla. A escolaridade materna é um indicador socioeconômico frequentemente utilizado como preditor da saúde das crianças. Os resultados estão de acordo com estudo

realizado em uma coorte de nascimentos na cidade de Pelotas que encontrou que a escolaridade das mães influenciou a qualidade de vida relacionada à saúde bucal aos 12 anos (47).

Avaliando-se as crianças que já haviam ido ao dentista, estas apresentaram significativamente maior média de impacto em quase todos os domínios. Embora não possa determinar causalidade e direção, por ser um estudo transversal, é possível que a procura dos pais por tratamento odontológico para os filhos esteja relacionada com sua percepção sobre a saúde bucal destes. Tais achados são consistentes com os de Filstrup et al. (48), que sugerem que enquanto o problema não interfere na vida da criança os pais podem não estar cientes de sua existência, demonstrando que a sua percepção pode fazer a diferença na busca ou não por tratamento.

A presença de cavidades de cárie não tratadas se manteve associada com o desfecho em quase todos os domínios do *ECOHIS*. Este achado é consistente com os de estudos que encontraram que a presença de cárie na dentição decídua prejudica a qualidade de vida das crianças (35, 36, 48, 49). Segundo Low (49), crianças afetadas por cárie não necessariamente se queixam de dor, podendo manifestar seus efeitos através de mudanças de hábitos, como alimentação e sono. Apenas no domínio função familiar a presença de cáries não mostrou influência no escore médio. Isso é compreensível, pois esse domínio avalia o impacto financeiro e de faltas ao trabalho devido a tratamentos dentários da criança e a utilização de serviços odontológicos foi baixa na amostra (n=126; 20,7%).

A alta frequência de dentes cariados não tratados em comparação com a de dentes tratados nessa população é preocupante. Estudos que busquem razões para tal fato devem ser realizados junto aos pais e profissionais, na busca de se compreender o porquê de essas crianças não receberem a devida atenção odontológica. É provável que o tratamento reabilitador pudesse melhorar ou amenizar os impactos percebidos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

A ocorrência de traumatismo dentário não mostrou influência na qualidade de vida dos pré-escolares, ao contrário dos resultados encontrados em crianças e adolescentes na dentição permanente (50, 51). Isso poderia ser esperado porque, diferentemente da cárie, traumatismos não tendem a causar dor e limitações por períodos prolongados e é provável que a perda de parte ou mesmo total de um dente decíduo não cause tantos impactos quanto na dentição permanente, dado o

caráter temporário do dano estético ou funcional. Entretanto, a ausência de impacto pode estar relacionada com baixa severidade dos traumatismos ocorridos, o que não foi considerado nessa avaliação.

A relação entre maloclusão e qualidade de vida em crianças também foi estudada apenas na dentição permanente, encontrando-se que a estética dentofacial tem papel importante na interação social e bem-estar psicológico (52). Neste estudo, apenas a presença de mordida aberta anterior se manteve associada com o desfecho, no domínio funcional.

Levantamentos de saúde bucal que avaliem a situação das crianças em conjunto com a percepção dos pais são importantes para se compreender fatores relacionados com os cuidados dispensados à saúde bucal, devido à grande influência que os pais têm na saúde dos filhos. Estudos que compararam a percepção obtida a partir de respondentes secundários com a das crianças encontraram que os pais possuíam limitações sobre alguns aspectos da qualidade de vida da criança, como bem-estar emocional e social (53). Entretanto, esse desconhecimento seria maior em crianças escolares, que passam mais tempo longe da supervisão dos pais, e na faixa etária estudada o uso de respondentes secundários para avaliação da qualidade de vida é indispensável.

Este foi o primeiro estudo a avaliar a influência da ansiedade materna através de um conceito mais amplo de saúde, a qualidade de vida. A validade interna do estudo deve ser destacada, uma vez que se obteve uma boa taxa de participação e uma boa concordância intraexaminadores. Além disso, como em Pelotas a grande maioria das crianças vacina-se em UBS, a amostra pode ser considerada representativa da população de pré-escolares da cidade.

Os resultados demonstraram que a prevalência de ansiedade odontológica entre as mães foi alta e sua presença influenciou o impacto percebido na família, causando maiores médias no domínio estresse dos pais. As crianças com pior condição bucal, que já foram levadas ao dentista e cujas mães têm baixa escolaridade e não utilizam serviços odontológicos com regularidade, apresentaram maiores médias de impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Espera-se que informações acerca do impacto das doenças sobre a vida das crianças e suas famílias auxiliem na definição de prioridades e no estabelecimento de políticas públicas de saúde dirigidas a reduzir disparidades entre crianças pré-

escolares e que possam motivar pais e profissionais de saúde a fornecerem atendimento odontológico cedo e de forma regular às crianças.

## REFERÊNCIAS

1. Locker D. Measuring oral health: A conceptual framework. *Community Dent Health* 1988;5: 3-18.
2. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The early childhood oral health impact scale (ecohis). *Health Qual Life Outcomes* 2007;5: 6.
3. Tesch FC, Oliveira BH, Leao A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: Conceptual and methodological issues. *Cad Saude Publica* 2007;23: 2555-64.
4. 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* 2002;81: 459-63.
5. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Qual Life Res* 2004;13: 1297-307.
6. Wilson-Genderson M, Broder HL, Phillips C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35 Suppl 1: 32-40.
7. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA. Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among brazilian adults. *J Clin Periodontol* 2009;36: 25-33.
8. Vermaire JH, de Jongh A, Aartman IH. Dental anxiety and quality of life: The effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36: 409-16.
9. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31: 144-51.
10. Mehrstedt M, John MT, Tonnie S, Micheelis W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35: 357-63.
11. Ng S, Leung W. A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36: 347-56.
12. Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, et al. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in udaipur district, india. *J Oral Sci* 2009;51: 245-54.

13. Luoto A, Lahti S, Nevanpera T, Tolvanen M, Locker D. Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. *Int J Paediatr Dent* 2009;19: 115-20.
14. Tuuti H, Lahti S. Oral health status of children in relation to the dental anxiety of their parents. *J Pedodont* 1987;11: 146-50.
15. Kinirons M, McCabe M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. *Community Dent Health* 1995;12: 226-9.
16. IBGE. Estimativas de população. (cited 14, august 2009). Available from [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf).
17. Tesch FC, de Oliveira BH, Leao A. Semantic equivalence of the brazilian version of the early childhood oral health impact scale. *Cad Saude Publica* 2008;24: 1897-909.
18. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of corah's dental anxiety scale: Transcultural adaptation and reliability analysis. *Depress Anxiety* 2007;24: 467-71.
19. Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: A guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc* 2000;131: 1449-57.
20. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978;97: 816-9.
21. WHO. *Oral health survey - basics methods* 4 edn. Geneva: World Health Organization; 1997.
22. O'Brien M. *Children's dental health in the united kingdom 1993*. Londres: Her Majesty's Stationery Office; 1994.
23. Moyers R. *Ortodontia* 4 edn. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
24. Camargo MB, Dumith SC, Barros AJ. [regular use of dental care services by adults: Patterns of utilization and types of services]. *Cad Saude Publica* 2009;25: 1894-906.
25. Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saude Publica* 2001;17: 153-9.
26. 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 Dent Oral Epidemiol* 2003;31: 116-21.
27. Morse Z, Takau AF. Dental anxiety in fiji. *Pac Health Dialog* 2004;11: 22-5.

28. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national cross-sectional survey of dental anxiety in the french adult population. *BMC Oral Health* 2007;7: 12.
29. Fuentes D, Gorenstein C, Hu LW. Dental anxiety and trait anxiety: An investigation of their relationship. *Br Dent J* 2009;206: E17.
30. Heft MW, Meng X, Bradley MM, Lang PJ. Gender differences in reported dental fear and fear of dental pain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35: 421-8.
31. Firat D, Tunc EP, Sar V. Dental anxiety among adults in turkey. *J Contemp Dent Pract* 2006;7: 75-82.
32. Mehrstedt M, Tonnie S, Eisentraut I. Dental fears, health status, and quality of life. *Anesth Prog* 2004;51: 90-4.
33. Stouthard ME, Hoogstraten J. Prevalence of dental anxiety in the netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990;18: 139-42.
34. Hagglin C, Hakeberg M, Ahlqwist M, Sullivan M, Berggren U. Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28: 451-60.
35. Wandera M, Kayondo J, Engebretsen IM, Okullo I, Astrom AN. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: A study of 6- to 36-month-olds in uganda. *Int J Paediatr Dent* 2009.
36. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in recife, pernambuco, brazil. *Cad Saude Publica* 2005;21: 1550-6.
37. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: Implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32: 81-5.
38. Li S, Veronneau J, Allison PJ. Validation of a french language version of the early childhood oral health impact scale (ecohis). *Health Qual Life Outcomes* 2008;6: 9.
39. Lee GH, McGrath C, Yiu CK, King NM. Translation and validation of a chinese language version of the early childhood oral health impact scale (ecohis). *Int J Paediatr Dent* 2009;19: 399-405.
40. Talekar BS, Rozier RG, Zeldin LP. Spanish version of the early childhood oral health impact scale. (cited 07-20). Available from [http://iadr.confex.com/iadr/2005Balt/techprogram/abstract\\_63213.htm](http://iadr.confex.com/iadr/2005Balt/techprogram/abstract_63213.htm).
41. Berggren U, Linde A. Dental fear and avoidance: A comparison of two modes of treatment. *J Dent Res* 1984;63: 1223-7.
42. Grembowski D, Spiekerman C, Milgrom P. Linking mother access to dental care and child oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37: 381-90.

43. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: Uma avaliação em nível nacional *Ciência e saúde coletiva* 2002;7: 709-17.
44. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35: 348-56.
45. Panepinto JA, Pajewski NM, Foerster LM, Sabnis S, Hoffmann RG. Impact of family income and sickle cell disease on the health-related quality of life of children. *Qual Life Res* 2009;18: 5-13.
46. Tsakos G, Sheiham A, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift CG, et al. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in london. *Eur J Oral Sci* 2009;117: 286-92.
47. Peres KG, Peres MA, Araujo CL, Menezes AM, Hallal PC. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: A population-based birth cohort. *Health Qual Life Outcomes* 2009;7: 95.
48. Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: Child and parent perspectives. *Pediatr Dent* 2003;25: 431-40.
49. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent* 1999;21: 325-6.
50. Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30: 193-8.
51. Ramos-Jorge ML, Bosco VL, Peres MA, Nunes AC. The impact of treatment of dental trauma on the quality of life of adolescents - a case-control study in southern brazil. *Dent Traumatol* 2007;23: 114-9.
52. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: Esthetic impact and quality of life among brazilian schoolchildren. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;129: 424-7.
53. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent* 2003;63: 67-72.

Tabela 1 - Características demográficas, socioeconômicas, clínicas, uso de serviços odontológicos e ansiedade odontológica materna na amostra. Pelotas, 2009 (n=608).

Variáveis	Categorias	n	%
<b>Sexo</b>	Masculino	301	49,5
	Feminino	307	50,5
<b>Idade (meses)</b>	24-35 meses	175	28,8
	36-47	186	30,6
	≥ 48	247	40,6
<b>Renda familiar<sup>#</sup></b>	≥ R\$ 600,00	316	52,8
	< R\$ 600,00	282	47,2
<b>Escolaridade materna</b>	> 8 anos	361	43,1
	≤ 8 anos	345	56,9
<b>Ansiedade materna</b>	Baixa	362	59,5
	Moderada/Alta	246	40,5
<b>Mãe freqüente dentista</b>	Regularmente	242	39,8
	Não-regularmente	366	60,2
<b>Criança já foi ao dentista</b>	Sim	126	20,7
	Não	482	79,3
<b>Mordida aberta anterior</b>	Ausente	328	55,4
	Presente	264	44,6
<b>Sobressaliência</b>	< 3mm	280	76,3
	≥ 3mm	87	23,7
<b>Traumatismo dentário</b>	Ausente	423	70,6
	Presente	176	29,4
<b>Cavidades de cáries</b>	Ausente	371	61,0
	Presente	237	39,0

\*Valores menores que 608 se devem a informações faltantes (missing)

# Renda categorizada a partir da mediana

Tabela 2 - Distribuição dos valores obtidos nos escores do *ECOHIS* total e por domínio, Pelotas, 2009 (n=608).

Domínios	Itens	Média (DP±)	Variação possível	Variação observada
<b>Seção da criança</b>				
Sintomas bucais	1	0,5 (0,9)	0-4	0-4
Funcional	4	0,8 (1,9)	0-16	0-16
Psicológico	2	0,7 (1,4)	0-8	0-8
Auto-imagem/interação social	2	0,2 (0,9)	0-8	0-8
<b>Seção da família</b>				
Estresse dos pais	2	0,9 (1,7)	0-8	0-8
Função familiar	2	0,2 (0,8)	0-8	0-7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>3,3 (5,4)</b>	<b>0-52</b>	<b>0-42</b>

Tabela 3 – Associação entre ansiedade odontológica, variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e média do ECOHIS total e por domínio – análise bivariada.

Variáveis	Sintomas RR (95% IC)	Funcional RR (95% IC)	Psicológico RR (95% IC)	Auto-imagem RR (95% IC)
<b>Sexo</b>	<b><i>p=0,87</i></b>	<b><i>p=0,18</i></b>	<b><i>p=0,08</i></b>	<b><i>p=0,38</i></b>
Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00
Feminino	1,02 (0,77-1,35)	0,78 (0,53 - 1,12)	0,76 (0,56 - 1,03)	0,72 (0,24 -1,51)
<b>Idade (meses)</b>	<b><i>p=0,27</i></b>	<b><i>p=0,27</i></b>	<b><i>p=0,04</i></b>	<b><i>p=0,13</i></b>
12-24	1,00	1,00	1,00	1,00
25-35	1,33 (0,91-1,95)	1,52 (0,91-2,54)	0,90 (0,62-1,32)	2,21 (0,90-5,41)
≥ 36	1,30 (0,91-1,85)	1,24(0,81-1,90)	0,63(0,44-0,91)	1,05(0,43-2,53)
<b>Renda</b>	<b><i>p=0,45</i></b>	<b><i>p=0,24</i></b>	<b><i>p=0,12</i></b>	<b><i>p=0,54</i></b>
≥ R\$ 600,00	1,00	1,00	1,00	1,00
< RS 600,00	1,11 (0,84-1,48)	1,26 (0,90-1,85)	1,28 (0,94-1,76)	1,23 (0,58-2,60)
<b>Escolaridade mãe</b>	<b><i>p=0,03</i></b>	<b><i>p&lt;0,01</i></b>	<b><i>p=0,13</i></b>	<b><i>p=0,08</i></b>
≥8 anos	1,00	1,00	1,00	1,00
< 8 anos	1,39 (1,03-1,86)	1,70(1,18-2,45)	1,23(0,93-1,75)	2,14(0,93-4,94)
<b>Ansiedade mãe</b>	<b><i>p=0,08</i></b>	<b><i>p=0,05</i></b>	<b><i>p=0,26</i></b>	<b><i>p=0,18</i></b>
Baixa	1,00	1,00	1,00	1,00
Moderada/alta	1,28(0,97 - 1,69)	1,46 (1,01 - 2,14)	1,19 (0,88 - 1,62)	1,67 (0,79-3,53)
<b>Mãe vai ao CD</b>	<b><i>p=0,04</i></b>	<b><i>p &lt; 0,01</i></b>	<b><i>p = 0,33</i></b>	<b><i>p = 0,07</i></b>
Regularmente	1,00	1,00	1,00	1,00
Não regularmente	1,36 (1,02-1,82)	1,81(1,24-2,64)	1,17(0,86-1,60)	2,40(0,93-6,11)
<b>Criança já foi CD</b>	<b><i>p &lt; 0,01</i></b>	<b><i>p &lt; 0,01</i></b>	<b><i>p &lt; 0,01</i></b>	<b><i>p = 0,03</i></b>
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	0,61 (0,45-0,81)	0,54 (0,36– 0,81)	0,53 (0,38– 0,72)	0,43 (0,20-0,91)
<b>Cavidade de cárie</b>	<b><i>p&lt;0,01</i></b>	<b><i>p&lt;0,01</i></b>	<b><i>p&lt;0,01</i></b>	<b><i>p=0,05</i></b>
Ausente	1,00	1,00	1,00	1,00
Presente	2,53 (1,92-3,34)	2,38(1,64-3,46)	1,64 (1,21-2,23)	2,05(0,99-4,25)
<b>Sobressaliência</b>	<b><i>p = 0,28</i></b>	<b><i>p = 0,32</i></b>	<b><i>p = 0,30</i></b>	<b><i>p = 0,08</i></b>
< 3mm	1,00	1,00	1,00	1,00
≥3mm	1,25 (0,83-1,88)	1,12 (0,55 –2,30)	1,30 (0,79– 2,13)	3,22(0,85-12,19)
<b>Traumatismo</b>	<b><i>p = 0,09</i></b>	<b><i>p = 0,32</i></b>	<b><i>p = 0,04</i></b>	<b><i>p = 0,40</i></b>
Ausente	1,00	1,00	1,00	1,00
Presente	0,74 (0,53- 1,04)	0,81 (0,53– 1,23)	0,66 (0,44– 0,98)	0,66 (0,26-1,70)
<b>Mordida aberta</b>	<b><i>p=0,42</i></b>	<b><i>p = 0,14</i></b>	<b><i>p = 0,28</i></b>	<b><i>p=0,15</i></b>
Ausente	1,00	1,00	1,00	1,00
Presente	1,06 (0,80-1,41)	1,33 (0,91 - 1,96)	1,19 (0,86- 1,64)	1,82 (0,81-4,06)

Tabela 3 – Associação entre ansiedade odontológica, variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e média do ECOHIS total e por domínio – análise bivariada (continuação).

Variáveis	Estresse pais RR (95% IC)	Função família RR (95% IC)	ECOHIS total RR (95% IC)
<b>Sexo</b>	<b><i>p</i>=0,12</b>	<b><i>p</i>=0,17</b>	<b><i>p</i>=0,08</b>
Masculino	1,00	1,00	1,00
Feminino	0,79 (0,58-1,06)	0,66 (0,36-1,12)	0,80 (0,62-1,03)
<b>Idade (meses)</b>	<b><i>p</i>&lt;0,01</b>	<b><i>p</i>=0,63</b>	<b><i>p</i>=0,15</b>
12-24	1,00	1,00	1,00
25-35	1,99(1,30-3,04)	0,92(0,43-1,98)	1,39 (0,99-1,95)
≥ 36	1,60 (1,05-2,43)	0,71(0,34-1,49)	1,09 (0,82-1,45)
<b>Renda</b>	<b><i>p</i>=0,04</b>	<b><i>p</i>=0,74</b>	<b><i>p</i>=0,11</b>
≥ R\$ 600,00	1,00	1,00	1,00
< RS 600,00	1,38(1,02-1,88)	0,90 (0,48-1,69)	1,24 (0,95-1,62)
<b>Escolaridade mãe</b>	<b><i>p</i>=0,08</b>	<b><i>p</i>=0,35</b>	<b><i>p</i>&lt;0,01</b>
≥8 anos	1,00	1,00	1,00
< 8 anos	1,32 (0,97-1,80)	1,34(0,73-2,48)	1,44 (1,11-1,86)
<b>Ansiedade mãe</b>	<b><i>p</i> &lt; 0,01</b>	<b><i>p</i>=0,56</b>	<b><i>p</i>&lt;0,01</b>
Baixa	1,00	1,00	1,00
Moderada/alta	1,81 (1,34-2,44)	1,21 (0,64-2,26)	1,45 (1,12-1,87)
<b>Mãe vai ao CD</b>	<b><i>p</i> = 0,26</b>	<b><i>p</i>= 0,21</b>	<b><i>p</i>&lt;0,01</b>
Regularmente	1,00	1,00	1,00
Não regularmente	1,45(1,05-2,01)	1,52(0,80-2,89)	1,48(1,15-1,92)
<b>Criança já foi CD</b>	<b><i>p</i> = 0,03</b>	<b><i>p</i>&lt;0,01</b>	<b><i>p</i>&lt;0,01</b>
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,67 (0,48 - 0,94)	0,24 (0,13-0,45)	0,54 (0,41-0,73)
<b>Cavidade de cárie</b>	<b><i>p</i>&lt;0,01</b>	<b><i>p</i>=0,08</b>	<b><i>p</i>&lt;0,01</b>
Ausente	1,00	1,00	1,00
Presente	3,50 (2,56-4,79)	1,73(0,93-3,20)	2,38 (1,90-3,05)
<b>Sobressaliência</b>	<b><i>p</i>= 0,33</b>	<b><i>p</i>=0,95</b>	<b><i>p</i>=0,71</b>
< 3mm	1,00	1,00	1,00
≥3mm	0,78 (0,48- 1,28)	0,97 (0,40-2,40)	1,10 (0,71-1,72)
<b>Traumatismo</b>	<b><i>p</i> = 0,02</b>	<b><i>p</i>=0,10</b>	<b><i>p</i>=0,02</b>
Ausente	1,00	1,00	1,00
Presente	0,68 (0,48 -0,94)	0,56 (0,28-1,14)	0,71 (0,53-0,95)
<b>Mordida aberta</b>	<b><i>p</i>=0,77</b>	<b><i>p</i>=0,40</b>	<b><i>p</i>=0,26</b>
Ausente	1,00	1,00	1,00
Presente	0,95 (0,69 - 1,30)	1,31 (0,70-2,42)	1,16 (0,89-1,52)

Tabela 4 – Associação entre ansiedade odontológica, variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e média do ECOHIS total e por domínios - análise multivariada

Variáveis	Sintomas RR (95% IC)	Funcional RR (95% IC)	Psicológico RR (95% IC)	Auto-imagem RR (95% IC)
<b>Sexo</b>		**	**	
Masculino				
Feminino				
<b>Idade (meses)</b>				**
12-24			1,00	
25-35			0,79 (0,54-1,15)	
≥ 36			0,45 (0,32-0,64)	
<b>Renda</b>			**	
≥ R\$ 600,00				
< R\$ 600,00				
<b>Escolaridade mãe</b>	**		**	**
≥8 anos				
< 8 anos				
<b>Ansiedade mãe</b>				
Baixa	1,00	1,00	1,00	1,00
Moderada/alta	1,18 (0,90-1,55)	1,15 (0,76-1,74)	1,14 (0,84-1,56)	1,37 (0,40-4,69)
<b>Mãe vai ao CD</b>	**			**
Regularmente		1,00		
Não regularmente		1,69 (1,13-2,52)		
<b>Criança já foi CD</b>				**
Sim	1,00	1,00	1,00	
Não	0,64 (0,49-0,83)	0,48 (0,31-0,73)	0,48 (0,34-0,66)	
<b>Cavidade de cárie</b>				
Ausente	1,00	1,00	1,00	1,00
Presente	2,43 (1,83-3,22)	2,34 (1,50-3,32)	1,84 (1,36-2,51)	4,95 (1,40-17,52)
<b>Sobressaliência</b>				**
< 3mm				
≥3mm				
<b>Traumatismo</b>	**		**	**
Ausente				
Presente				
<b>Mordida aberta</b>				**
Ausente		1,00		
Presente		1,44 (1,00-2,10)		

Tabela 4 – Associação entre ansiedade odontológica, variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e média do ECOHIS total e por domínios - análise multivariada (continuação)

Variáveis	Estresse pais RR (95% IC)	Função família RR (95% IC)	ECOHIS total RR (95% IC)
<b>Sexo</b>	**	**	**
Masculino			
Feminino			
<b>Idade (meses)</b>	**		
12-24			1,00
25-35			1,08 (0,78-1,50)
≥ 36			0,70 (0,54-0,93)
<b>Renda</b>	**		**
≥ R\$ 600,00			
< R\$ 600,00			
<b>Escolaridade mãe</b>	**		
≥8 anos			1,00
< 8 anos			1,32 (1,02-1,71)
<b>Ansiedade mãe</b>			
Baixa	1,00	1,00	1,00
Moderada/alta	1,60 (1,20-2,13)	1,36 (0,71-2,60)	1,15 (0,88-1,53)
<b>Mãe vai ao CD</b>	**		
Regularmente			1,00
Não regularmente			1,37 (1,06-1,77)
<b>Criança já foi CD</b>			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,70 (0,52-0,95)	0,24 (0,71-2,60)	0,46 (0,35-0,61)
<b>Cavidade de cárie</b>		**	
Ausente	1,00		1,00
Presente	3,25 (2,37-4,45)		2,26 (1,75-2,93)
<b>Sobressaliência</b>			
< 3mm			
≥3mm			
<b>Traumatismo</b>	**	**	**
Ausente			
Presente			
<b>Mordida aberta</b>			
Ausente			
Presente			

## CONCLUSÕES

De acordo com a metodologia utilizada e os resultados obtidos, pôde-se concluir que:

- A ansiedade materna ao tratamento odontológico influenciou a percepção sobre o impacto da condição bucal da criança na família, aumentando a média do domínio estresse dos pais. Mães ansiosas relataram mais frequentemente se sentirem “culpadas” e/ou “aborrecidas” em relação aos problemas ou tratamentos dentários de seus filhos.
- A prevalência de ansiedade ao tratamento odontológico entre as mães foi alta (40,5%).
- A prevalência de cárie foi de 39%, a de traumatismo dentário 29,4%, 44,6% das crianças apresentavam mordida aberta anterior e 23,7% sobressaliência aumentada.
- O instrumento utilizado para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança, o *ECOHIS*, mostrou a influência negativa dos problemas de saúde bucal, especialmente a cárie dentária, na percepção das mães sobre a saúde bucal de seus filhos, mesmo controlando para outros fatores.
- Mães com baixa escolaridade apresentaram maior média de impactos na qualidade de vida dos filhos.
- A percepção sobre a saúde bucal dos filhos relacionou-se com o fato da criança já ter sido levada ao dentista, sugerindo que a procura por atendimento está relacionada com a presença de impacto da condição bucal na vida das crianças.
- Mães que utilizam serviços odontológicos com regularidade relataram menor presença de impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de seus filhos, demonstrando a importância do cuidado das mães sobre sua própria condição bucal como estratégia preventiva para manutenção da saúde bucal das crianças.

## Referências

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARBOSA, T. S.; GAVIAO, M. B. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. **Int J Dent Hyg**, v.6, n.2, p.108-113, 2008.

BRODER, H. L.; WILSON-GENDERSON, M. Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's version). **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35 Suppl 1, p.20-31, 2007.

CAMARGO, M. B.; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J. [Regular use of dental care services by adults: patterns of utilization and types of services]. **Cad Saude Publica**, v.25, n.9, p.1894-1906, 2009.

CORAH, N. L. Development of a dental anxiety scale. **J Dent Res**, v.48, n.4, p.596, 1969.

CORAH, N. L.; GALE, E. N.; ILLIG, S. J. Assessment of a dental anxiety scale. **J Am Dent Assoc**, v.97, n.5, p.816-819, 1978.

EITNER, S.; WICHMANN, M.; PAULSEN, A.; HOLST, S. Dental anxiety--an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. **J Oral Rehabil**, v.33, n.8, p.588-593, 2006.

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

FITZPATRICK, R.; DAVEY, C.; BUXTON, M. J.; JONES, D. R. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. **Health Technol Assess**, v.2, n.14, p.i-iv, 1-74, 1998.

GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. **Community Dent Health**, v.21, n.2, p.161-169, 2004.

HU, L. W.; GORENSTEIN, C.; FUENTES, D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. **Depress Anxiety**, v.24, n.7, p.467-471, 2007.

IBGE. Estimativas de População. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf)> Acesso em: 14 de agosto de 2009.

ITEPA .**Banco de dados da zona sul**. Pelotas: Educat, 2008. 156p.

JAMIESON, L. M.; MEJIA, G. C.; SLADE, G. D.; ROBERTS-THOMSON, K. F. Predictors of untreated dental decay among 15-34-year-old Australians. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.37, n.1, p.27-34, 2009.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. **Qual Life Res**, v.13, n.7, p.1297-1307, 2004.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. **J Public Health Dent**, v.63, n.2, p.67-72, 2003.

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.

KANEGANE, K.; PENHA, S. S.; BORSATTI, M. A.; ROCHA, R. G. Dental anxiety in an emergency dental service. **Rev Saude Publica**, v.37, n.6, p.786-792, 2003.

KINIRONS, M.; MCCABE, M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. **Community Dent Health**, v.12, n.4, p.226-229, 1995.

KUMAR, S.; BHARGAV, P.; PATEL, A.; BHATI, M.; BALASUBRAMANYAM, G.; DURAISWAMY, P.; KULKARNI, S. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. **J Oral Sci**, v.51, n.2, p.245-254, 2009.

LEE, C. Y.; CHANG, Y. Y.; HUANG, S. T. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. **Int J Paediatr Dent**, 2008.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, v.5, n.1, p.3-18, 1988.

LOCKER, D.; LIDDELL, A.; DEMPSTER, L.; SHAPIRO, D. Age of onset of dental anxiety. **J Dent Res**, v.78, n.3, p.790-796, 1999.

LUOTO, A.; LAHTI, S.; NEVANPERA, T.; TOLVANEN, M.; LOCKER, D. Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. **Int J Paediatr Dent**, v.19, n.2, p.115-120, 2009.

MCGRATH, C.; BRODER, H.; WILSON-GENDERSON, M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.32, n.2, p.81-85, 2004.

MEHRSTEDT, M.; JOHN, M. T.; TONNIES, S.; MICHEELIS, W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n.5, p.357-363, 2007.

MEHRSTEDT, M.; TONNIES, S.; EISENTRAUT, I. Dental fears, health status, and quality of life. **Anesth Prog**, v.51, n.3, p.90-94, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 52p.

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

NEWTON, J. T.; BUCK, D. J. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. **J Am Dent Assoc**, v.131, n.10, p.1449-1457, 2000.

NG, S.; LEUNG, W. A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.36, n.4, p.347-356, 2008.

O'BRIEN, M. **Children's Dental Health in the United Kingdom 1993**. In: Report of Dental Survey, Office of Population Censuses and Surveys. Londres: Her Majesty's Stationery Office, 1994.

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

PAHEL, B. T.; ROZIER, R. G.; SLADE, G. D. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (*ECOHIS*). **Health Qual Life Outcomes**, v.5, p.6, 2007.

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.

PNUD. Desenvolvimento Humano e IDH. Disponível em:  
<<http://www.pnud.org.br/idh/>> Acesso em: 14 de abril. 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Plano Municipal de Saúde 2007-2009**. Pelotas: 2007. 113p.

REBOK, G.; RILEY, A.; FORREST, C.; STARFIELD, B.; GREEN, B.; ROBERTSON, J.; TAMBOR, E. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. **Qual Life Res**, v.10, n.1, p.59-70, 2001.

ROBINSON, P. G.; GIBSON, B.; KHAN, F. A.; BIRNBAUM, W. A comparison of OHIP 14 and OIDP as interviews and questionnaires. **Community Dent Health**, v.18, n.3, p.144-149, 2001.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Health**, v.11, n.1, p.3-11, 1994.

STOUTHARD, M. E.; HOOGSTRATEN, J. Prevalence of dental anxiety in The Netherlands. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.18, n.3, p.139-142, 1990.

- TESCH, F. C. **Adaptação para o português de um instrumento para a avaliação do impacto dos problemas bucais em pré-escolares.** 2006. 117f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- TESCH, F. C.; DE OLIVEIRA, B. H.; LEAO, A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. **Cad Saude Publica**, v.24, n.8, p.1897-1909, 2008.
- TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEAO, A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and methodological issues. **Cad Saude Publica**, v.23, n.11, p.2555-2564, 2007.
- TUUTI, H.; LAHTI, S. Oral health status of children in relation to the dental anxiety of their parents. **J Pedodont**, v.11, p.146-150, 1987.
- UNICEF. Situação da infância brasileira 2006. Disponível em: <http://www.unicef.org.br> Acesso em: 4 dez. 2008.
- VERMAIRE, J. H.; DE JONGH, A.; AARTMAN, I. H. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.36, n.5, p.409-416, 2008.
- WILSON-GENDERSON, M.; BRODER, H. L.; PHILLIPS, C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35 Suppl 1, p.32-40, 2007.

## **Apêndices**



## APÊNDICE B - Entrevista para a responsável

Número
--------

### VOU LHE PEDIR ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE VOCÊ E SUA FAMÍLIA

<b>1) Qual o seu nome completo?</b>	
<b>2) Qual sua idade?</b>	
<b>3) Possui telefone para contato?</b>	
<b>4) O primeiro nome do seu filho(a) é?</b> _____ ( <input type="checkbox"/> ) M ( <input type="checkbox"/> ) F	
<b>5) Qual a data de nascimento do(a) &lt;NOME&gt;? ___/___/___</b>	
<b>6) A senhora é mãe natural do &lt;NOME&gt;? ( 0 ) mãe ( 1 ) mãe adotiva ( 2 ) tem guarda legal ( 3 )</b>	
<b>7) Até que série a senhora completou a escola? _____ série _____ grau</b>	
<b>8) Até que série o pai do(a) &lt;NOME&gt; completou a escola? _____ série _____ grau</b>	
<b>8) Qual a renda mensal da família? _____ reais</b>	
<b>9) Seu filho mora com: ( 0 ) pai e mãe; ( 1 ) só com a mãe; ( 2 ) só com o pai; ( 3 ) outros</b>	
<b>10) Você já levou seu filho ao dentista? ( 0 ) sim ( 1 ) não</b>	
<b>11) Qual dessas frases descreve melhor as suas consultas com o dentista:</b> ( 0 ) Eu nunca vou ao dentista ( 1 ) Eu vou ao dentista quando tenho dor ou quando tenho um problema nos dentes ou na gengiva ( 2 ) Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não ( 3 ) Eu vou ao dentista de maneira regular	
<b>12) Como você considera o seu estado de saúde bucal?</b> ( 0 ) Muito bom ( 1 ) Bom ( 2 ) Médio ( 3 ) Ruim ( 4 ) Muito ruim	

## APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezadas mães, pedimos o favor de dedicar alguns minutos de seu tempo para ler este comunicado.

A Faculdade de Odontologia de UFPel, através do programa de pós-graduação, está realizando o estudo denominado **“INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE MATERNA NA CONDIÇÃO BUCAL E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES DA POPULAÇÃO DE PELOTAS”**. O objetivo é aumentar o conhecimento sobre fatores que influenciam a saúde bucal das crianças e sua qualidade de vida. Para isso, solicitamos sua autorização para que seja realizada uma entrevista com você e para examinar a boca de seu (sua) filho (filha). Os exames serão realizados 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 seus nomes.

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 9135-3789. 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,

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração em Clínica Infantil.

Após ter sido informada sobre as finalidades do estudo, eu, (**escrever o nome da responsável**) \_\_\_\_\_, CONCORDO em participar deste estudo e também AUTORIZO que meu (minha) filho (filha) (**escrever o nome da criança**) \_\_\_\_\_, participe.

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura da responsável

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo estudo  
Prof. Dione Torriani  
Fone: 3222-6090

\_\_\_\_\_  
Pós-graduanda  
Marília Leão Goettems  
Fone: 91353789

## **APÊNDICE D - Manual de instruções**

### **MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE EXAME CLÍNICO E ENTREVISTA**

Este manual tem por objetivo servir de guia para a realização do trabalho proposto com clareza e fidedignidade. Nele serão discriminadas as etapas da pesquisa e como o aluno deverá proceder em cada uma delas.

#### **ORIENTAÇÕES GERAIS**

- 1) O levantamento de dados para este trabalho será realizado no dia **20 de junho de 2009**, durante a Campanha de Vacinação infantil.
- 2) Nesse dia, as equipes deverão estar presentes em horário e locais a serem combinados para entrega do material e para o transporte até a Unidade Básica de Saúde.

#### **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- 1) Os critérios para inclusão no estudo são:
  - crianças a partir de 2 anos;
  - acompanhadas pela mãe;
  - que aparentemente tenham boa saúde geral.
- 2) Deve-se **evitar** incluir irmãos. Nesses casos, de preferência apenas o mais velho deve ser incluído. Caso a mãe solicite que o menor seja examinado, pode-se realizar o exame.

#### **ETAPAS**

##### **1) ENTREVISTA COM A MÃE:**

- 1) Ao realizar o convite à mãe o entrevistador deve apresentar-se pelo nome, como estudante da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas e explicar que está sendo desenvolvido um trabalho sobre a saúde bucal de crianças, o qual envolve um **exame rápido da criança e algumas perguntas à mãe** e, então, perguntar se a responsável aceitaria participar, enfatizando a importância de sua participação;
- 2) Em caso de recusa, deve-se agradecer pela atenção e convidar a próxima mãe e criança na fila ou que tenha recentemente recebido a dose da vacina. Os casos de **recusa** deverão ser apontados, em uma folha que ficará junto com o **entrevistador**.
- 3) A mãe e a criança que aceitarem participar devem ser acompanhadas até o consultório odontológico. O entrevistador deve inicialmente solicitar a assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, enfatizando o sigilo da identificação dos dados dos participantes.
- 4) Durante a entrevista, o entrevistador deve ler as perguntas da forma como estão escritas para a entrevistada. Se for necessário, pode-se explicar o que se quer saber com aquela pergunta.

5) A partir da **questão 15**, devido ao maior número de opções de resposta, deve se oferecer ao candidato as opções impressas, para que ele indique a que melhor se enquadra.

OPÇÕES DE RESPOSTA					
0	1	2	3	4	5
NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	COM FREQUÊNCIA	COM MUITA FREQUÊNCIA	NÃO SEI

#### IMPORTANTE:

- “A postura do entrevistador deve ser sempre **neutra** em relação às respostas **Nunca demonstre aprovação, censura ou surpresa diante das respostas**, para não influenciar a conduta das pessoas.”.
- “Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: “Dona Maria, vou lhe fazer umas perguntas sobre seu filho...” e não simplesmente “vou lhe fazer umas perguntas sobre seu filho...”.

## 2) EXAME CLÍNICO

É necessário que os exames sejam realizados conforme os preceitos de biossegurança indicados para trabalhos de campo pela OMS. Todos os membros da equipe devem estar permanentemente atentos e desenvolver práticas coerentes e adequadas em relação à sua proteção e à dos que se submetem aos exames. É importante:

- lavar as mãos no início e no final de cada sessão/período de exames, ou quando for necessário;
- usar avental, máscara, gorro e ,quando necessário manipulação de tecidos, luvas;
- descartar as luvas no saco de lixo apropriado;
- não manipular lápis, borrachas, fichas, pranchetas etc. Tais objetos devem ser utilizados *apenas pelo anotador*;
- quando usar instrumental, fazer o exame e descartá-lo no recipiente adequado, devidamente identificado.

Os seguintes passos deverão ser seguidos:

- 1) Inicialmente, anotar o nome da criança na ficha
- 2) A criança deve ser conduzida até a cadeira odontológica e posicionada com a cabeça levemente inclinada. As crianças pequenas podem ficar no colo da mãe. O exame será realizado de preferência com o consentimento da criança. Em caso de choro e recusa não insistir, passando-se à próxima criança.
- 3) O exame será executado com o auxílio de espátula de madeira. Quando necessário, a remoção de detritos será realizada com compressas de gazes estéreis.
- 4) **Após o exame clínico**, será entregue à responsável uma nota sobre a condição bucal da criança, assinalando a situação em que a criança se enquadra.  
O anotador deve anexar a ficha de exame clínico à entrevista da mãe e ao TCLE.

## 1º - EXAME DE TRAUMA

Para o exame de traumatismo dentário serão considerados **somente os incisivos superiores**. Os seguintes critérios serão utilizados:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
0	<b>Sem traumatismo</b>
1	<b>Fratura de esmalte, somente</b>
2	<b>Fratura de esmalte e dentina, sem exposição pulpar</b>
3	<b>Qualquer fratura e sinal de envolvimento pulpar:</b> perda de estrutura de esmalte ou esmalte e dentina e presença de exposição, escurecimento ou presença de fístula.
4	<b>Sem fratura, mas com sinais de envolvimento pulpar</b> (escurecimento ou fístula)
5	<b>Dente perdido devido ao trauma</b> (conforme relato da mãe)
6	<b>Outro tipo de trauma que não os anteriores</b>
9	<b>Não avaliado</b>

## 2º - EXAME DE CÁRIE

O método para o diagnóstico de cárie será visual com auxílio, quando em caso de dúvida, da sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos nas superfícies oclusais;

O diagnóstico de cárie será realizado através dos seguintes critérios:

Código	Situação
<b>A</b>	<b>Hígido</b>
<b>B</b>	<b>Cariado</b>
<b>C</b>	<b>Restaurado com cárie</b>
<b>D</b>	<b>Restaurado sem cárie</b>
<b>E</b>	<b>Perdido por cárie</b>
5	Perdido por outras razões
8	Dente não erupcionado
9	Dente excluído

- **DENTE HÍGIDO (A):** Quando a coroa não apresenta evidência de cárie, tratada ou não. Os estágios de cárie que **precedem a cavitação** não serão considerados cárie. Assim, uma coroa com os seguintes defeitos deve ser considerada como **hígida**:

- manchas brancas ou porosas;
- manchas com alteração de cor ou rugosidade que não estejam amolecidas;
- fóssulas ou fissuras pigmentadas no esmalte;
- áreas escuras, brilhantes, duras, pontilhadas de esmalte em um dente apresentando sinais de fluorose moderada à severa;

- lesões que parecem ser devidas à abrasão

- **DENTE CARIADO (B):** A coroa será considerada cariada quando houver uma **cavidade inconfundível** em fóssula, fissura ou superfície lisa, **esmalte socavado** ou um assoalho ou parede detectavelmente amolecido. Também são considerados cariados dentes restaurados com base de óxido de zinco e eugenol e dentes amplamente destruídos em consequência da cárie, com extração indicada (raízes). Quando houver qualquer dúvida a cárie não deveria ser registrada como presente.

- **DENTE RESTAURADO, COM CÁRIE (C):** A coroa é considerada restaurada, com cárie, quando tiver restauração permanente e uma ou mais áreas com cáries, independente de a lesão estar associada ou não à margem da restauração.

- **DENTE RESTAURADO, SEM CÁRIE (D):** Considerar como restaurado, sem cárie, quando existem uma ou mais restaurações presentes e não existe cárie em ponto algum da coroa.

- **DENTE PERDIDO POR CÁRIE (E):** somente perdas em consequência de cárie. Somente será utilizada essa classificação nas crianças em que a esfoliação normal não possa explicar a ausência do dente.

- **DENTE PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES (5):** incluídas razões como traumas, agenesias e esfoliações (inclusive quando o permanente já estiver presente).

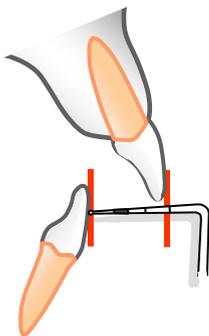
- **DENTE NÃO-ERUPCIONADO (8):** Quando o dente decíduo ainda não erupcionou, baseando-se na cronologia de erupção.

- **DENTE EXCLUÍDO (9):** serão considerados excluídos dentes que não puderem ser avaliados por hipoplasia severa e presença de bandas ortodônticas.

### 3º EXAME DA OCLUSÃO:

- **MORDIDA ABERTA ANTERIOR:** Será considerada presente quando houver falta de contato vertical entre os dentes anteriores.

- **SOBRESSALIÊNCIA  $\geq$  3MM:** O valor da sobressaliência será medido da superfície vestibular dos incisivos inferiores à superfície vestibular dos incisivos superiores, com o auxílio de uma régua milimetrada, a qual deverá ser protegida com saco plástico, trocado acada criança. Em casos de mordida aberta anterior, esse item não se aplica.



## **Anexos**



**ANEXO B - Critérios para o índice ceo-d (OMS, 1999)**

São empregadas letras para os dentes decíduos. Os códigos para as condições são os seguintes:

<b>CÓDIGO</b>	<b>CONDIÇÃO/ESTADO</b>
<b>A</b>	<b>HÍGIDO</b>
<b>B</b>	<b>CARIADO</b>
<b>C</b>	<b>RESTAURADO MAS COM CÁRIE</b>
<b>D</b>	<b>RESTAURADO E SEM CÁRIE</b>
<b>E</b>	<b>PERDIDO DEVIDO À CÁRIE</b>
<b>5</b>	<b>PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES</b>
<b>8</b>	<b>DENTE NÃO ERUPCIONADO</b>

**ANEXO C - Índice para traumatismo dentário (O'BRIEN, 1994).**

<b>Código</b>	<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>
0	Sem traumatismo	Não há observação de dano traumático nos incisivos.
1	Fratura do esmalte somente	Perda de estrutura do esmalte, não atingindo a dentina.
2	Fratura do esmalte e dentina	Perda de estrutura do esmalte e dentina, sem exposição pulpar.
3	Qualquer fratura e sinais ou sintomas de envolvimento pulpar	Perda de estrutura do esmalte e dentina e sinais ou sintomas de envolvimento pulpar como exposição, escurecimento ou presença de fístula na região vestibular ou lingual do dente examinado ou dentes adjacentes saudáveis.
4	Sem fratura mas com sinais ou sintomas de envolvimento pulpar	Sem perda de estrutura do esmalte e dentina, mas com sinais ou sintomas de envolvimento pulpar com escurecimento ou presença de fístula na região vestibular ou lingual do dente examinado ou dentes adjacentes saudáveis.
5	Dente perdido devido ao traumatismo	Espaços vazios entre os dentes anteriores onde o examinador relatou perda do dente devido ao traumatismo.
6	Outro dano	Outros tipos de traumatismo que não os acima expostos, especificar.

**ANEXO D – Dental Anxiety Scale (DAS)**

<p><b>11) Se você tivesse que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?</b></p> <p>1) Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável.  2) Eu não me importaria.  3) Eu me sentiria ligeiramente desconfortável.  4) Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor.  5) Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria.</p>	
<p><b>12) Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?</b></p> <p>1) Relaxado.                      2) Meio desconfortável.  3) Tenso.                            4) Ansioso.  5) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.</p>	
<p><b>13) Quando você está na cadeira odontológica esperando que o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sente?</b></p> <p>1) Relaxado                      2) Meio desconfortável.  3) Tenso                            4) Ansioso.  5) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.</p>	
<p><b>14) Você está na cadeira odontológica. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos para raspar os seus dentes (perto da gengiva), como você se sente?</b></p> <p>1) Relaxado.                      2) Meio desconfortável.  3) Tenso.                            4) Ansioso.  5) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.</p>	
<p><b>TOTAL</b></p>	

### ANEXO E - *Early childhood oral health impact scale (ECOHIS)*

" *Problemas com dentes, boca ou maxilares (ossos da boca) e seus tratamentos podem afetar o bem-estar e a vida diária das crianças e suas famílias. Para cada uma das seguintes questões perguntadas pelo entrevistador, por favor, indique no quadro de opções de respostas a que melhor descreve as experiências da sua criança ou a sua própria. Considere toda a vida da sua criança, desde o nascimento até agora, quando responder cada pergunta*

As opções de resposta são: **0. Nunca; 1. Quase nunca; 2. Às vezes (de vez em quando); 3. Com frequência; 4. Com muita frequência; 5. Não sei.**

1. Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?	0	1	2	3	4	5
2. Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	0	1	2	3	4	5
3. Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	0	1	2	3	4	5
4. Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	0	1	2	3	4	5
5. Sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	0	1	2	3	4	5
6. Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	0	1	2	3	4	5
7. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	0	1	2	3	4	5
8. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	0	1	2	3	4	5
9. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	0	1	2	3	4	5
10. Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?	0	1	2	3	4	5
11. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?	0	1	2	3	4	5
12. Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?	0	1	2	3	4	5
13. Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?	0	1	2	3	4	5

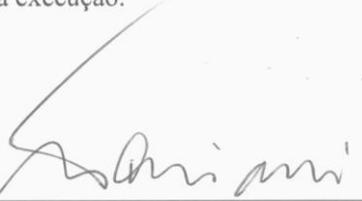
**ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

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

PELOTAS, 11 de novembro de 2008.

PARECER Nº 052 /2008

O projeto de pesquisa intitulado: “INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE MATERNA NA CONDIÇÃO BUCAL E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE ORAL DE CRIANÇAS NA POPULAÇÃO DE PELOTAS”, está constituído de forma adequada, cumprindo, nas suas plenitudes preceitos éticos estabelecidos por este Comitê e pela legislação vigente recebendo, portanto, **PARECER FAVORÁVEL** à sua execução.

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

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

**ANEXO G – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde**

Pelotas, 22 de maio de 2009.

Declaro para os devidos fins que a Professora do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal Dione Dias Torriani e a mestranda Marília Leão Goettems estão autorizadas a realizar o trabalho intitulado “Influência da ansiedade materna na condição bucal e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pré-escolares”, nos consultórios odontológicos de Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, durante a primeira etapa da Campanha de Vacinação Infantil.



~~Cirurgião-Dentista~~

~~Alex Teixeira Ferreira~~

Coordenação de Saúde Bucal

## ANEXO H – Divulgação em meios de comunicação

DIÁRIO POPULAR - SÁBADO, 20 DE JUNHO DE 2009 ■

### Saúde bucal

Hoje, junto com a Campanha da Multivacinação, 40 estudantes de graduação e pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) realizam exames de saúde bucal. As equipes estarão distribuídas entre o Centro de Especialidades e os postos de saúde Dunas, Fraget, Lindoia, Getúlio Vargas, Puericultura, Navegantes, Colônia Z-3 e Virgílio Costa. Este trabalho faz parte da dissertação de uma aluna do Programa de Pós-graduação em Odontologia, na área de Odontopediatria e conta com a colaboração da Saúde Bucal, órgão do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde.



### Odonto promove exames de saúde bucal no sábado em 9 postos

*17 de Junho de 2009*

Neste sábado, dia 20, juntamente com a Campanha de Multivacinação, estarão ocorrendo exames de saúde bucal, realizados por 40 estudantes de graduação e pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFPel. As equipes estarão distribuídas em nove postos da cidade de Pelotas. Esse trabalho faz parte da dissertação de uma aluna do Programa de Pós-graduação em Odontologia, na área de Odontopediatria, e conta com a colaboração da Saúde Bucal, órgão do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde.

Seção: Notícias

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)