



LUALE LEÃO FERREIRA

**Associação entre comportamentos em saúde bucal
e variáveis biopsicossociais em escolares de
Piracicaba-SP**

**Association between oral health behavior and
biopsychosocial variables in students from
Piracicaba-SP**

Piracicaba
2015



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba**

LUALE LEÃO FERREIRA

**Associação entre comportamentos em saúde bucal e
variáveis biopsicossociais em escolares de
Piracicaba-SP**

**Association between oral health behavior and
biopsychosocial variables in students from Piracicaba-SP**

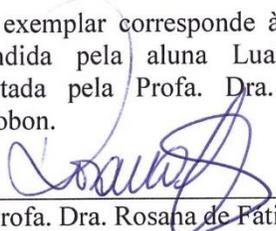
Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Odontologia, Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Thesis presents to the Piracicaba Dental School of the University of Campinas in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Odontology, in Collective Health Dentistry area.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon

Co-Orientadora: Profa. Dra. Glaucia Maria Bovi Ambrosano

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pela aluna Luale Leão Ferreira e orientada pela Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon.



Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon

Piracicaba
2015

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

F413a Ferreira, Luale Leão, 1985-
Associação entre comportamentos em saúde bucal e variáveis
biopsicossociais em escolares de Piracicaba-SP / Luale Leão Ferreira. –
Piracicaba, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.
Coorientador: Glaucia Maria Bovi Ambosano.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Boca - Cuidado e higiene. 3. Comportamento do
adolescente. 4. Condições sociais. 5. Ansiedade ao tratamento odontológico. I.
Possobon, Rosana de Fátima, 1968-. II. Ambosano, Glaucia Maria Bovi, 1960-. III.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV.
Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Association between oral health behavior and biopsychosocial
variables in students from Piracicaba-SP

Palavras-chave em inglês:

Mouth - Care and hygiene

Oral hygiene

Adolescent behavior

Social conditions

Dental anxiety

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutora em Odontologia

Banca examinadora:

Rosana de Fátima Possobon [Orientador]

Gimol Benzaquen Perosa

Luísa Helena do Nascimento Tôrres

Karine Laura Cortellazzi Mendes

Luciane Miranda Guerra

Data de defesa: 27-02-2016

Programa de Pós-Graduação: Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 27 de Fevereiro de 2015, considerou a candidata LUALE LEÃO FERREIRA aprovada.

Profa. Dra. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

Profa. Dra. GIMOL BENZAQUEN PEROSA

Profa. Dra. LUÍSA HELENA DO NASCIMENTO TÓRRES

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES

Profa. Dra. LUÍANE MIRANDA GUERRA

RESUMO

Considerando o crescente interesse da odontologia em conceber a saúde bucal para além do paradigma biomédico, visando atender aos preceitos do modelo biopsicossocial e de prevenção e promoção da saúde, o presente trabalho teve como objetivo geral avaliar comportamentos em saúde bucal e variáveis biopsicossociais que permeiam a saúde bucal em escolares. Para tanto, foram desenvolvidas três análises baseadas em levantamento epidemiológico observacional com delineamento transversal, que apresentou os seguintes objetivos específicos: 1. Avaliar as variáveis de desfecho frequência de consultas odontológicas e prevalência de cárie, investigando sua associação com variáveis psicossociais e nível socioeconômico; 2. Investigar a ansiedade frente ao tratamento odontológico nos escolares, e testar associações entre a ansiedade, condições clínicas odontológicas, variáveis psicossociais e socioeconômicas; 3. Avaliar a existência de associações entre odontalgia e fatores socioeconômicas, condições de saúde bucal e variáveis psicossociais. Para o estudo 1 e 2, a amostra foi composta por de 532 escolares de 15 anos de idade, provenientes de escolas públicas estaduais de Piracicaba, São Paulo. Para o estudo 3, a amostra contou com 592 escolares. Foram coletados dados clínicos relativo a presença de cárie dentária, avaliada pelo índice CPOD segundo recomendações da OMS, e sangramento gengival. Informações relativas à ansiedade frente ao tratamento odontológico foram coletadas por questionário validado para população brasileira. Os escolares também responderam a questões referentes ao acesso do adolescente a consultas odontológicas, aos comportamentos de higiene bucal, ao motivo de última consulta odontológica, à ansiedade frente ao tratamento odontológico, à coesão e à adaptabilidade familiar e à alimentação do adolescente em ambiente escolar. Os pais ou responsáveis pelos adolescentes responderam às questões sobre o nível socioeconômico. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, teste qui-quadrado, Odds Ratio e regressão de Poisson. Em relação ao estudo 1, controlando variáveis confundidoras, observou-se que a baixa higiene bucal diária, renda familiar menor que três salários, mais que quatro pessoas residentes na mesma habitação e alta ansiedade odontológica foram associadas à baixa frequência de consultas odontológicas. A presença de dente cariado foi associada à baixa frequência de consultas odontológicas e a presença de dentes obturados foi associado à alta frequência de consultas

e ao gênero feminino. A experiência de cárie associou-se à baixa higiene bucal diária, à alta frequência de consultas odontológicas e pai com até 8 anos de escolaridade. Para o estudo 2, verificou-se que a baixa frequência de consultas odontológicas e a baixa frequência de higiene bucal foram estatisticamente associados à ansiedade frente ao tratamento odontológico dos adolescentes. No estudo 3, a odontalgia foi associada à baixa renda familiar, ao maior número de pessoas residentes no mesmo domicílio, a baixa frequência de escovação diária, à baixa frequência de consultas odontológicas, ao maior tempo da última consulta odontológica, à ansiedade frente ao tratamento odontológico, ao consumo de alimentos cariogênicos em ambiente escolar, à experiência de cárie e à presença de dente cariado. Conclui-se que a frequência de consultas odontológicas e cárie dentária associaram a variáveis socioeconômicas e psicossociais (Capítulo 1). Além disso, a ansiedade frente ao tratamento odontológico foi associada a frequência de consulta e comportamento de higiene bucal (Capítulo 2). Já a odontalgia associou-se a fatores socioeconômico, a variáveis psicossociais e a condições clínicas bucais (Capítulo 3), demonstrando a importância da avaliação de variáveis comportamentais e psicossociais em aspectos relacionados à saúde bucal em escolares. A associação estabelecida entre estas variáveis indica a importância de uma abordagem biopsicossocial de atenção em saúde, com atuação centrada no adolescente e em seu âmbito familiar.

Palavras-chaves: Saúde bucal. Boca- cuidado e higiene. Comportamento do adolescente. Condição social. Ansiedade ao Tratamento Odontológico. Relações familiares.

ABSTRACT

Considering the interest to continue in designing oral health beyond the biomedical paradigm, meeting biopsychosocial model's precepts and prevention and health promotion, this study aimed to assess oral health behavior and biopsychosocial variables that permeate oral health in adolescents. Thus, three analyzes were developed based on observational epidemiological survey with cross-sectional design, which presented the following specific objectives. 1. To assess the frequency of dental visits and oral health, investigating its association with psychosocial variables, and socioeconomic status; 2. To investigate dental anxiety, and test associations between oral health, psychosocial and socioeconomic factors; 3. To assess the association between toothache, socioeconomic factors, oral health status and psychosocial variables. For the study 1 and 2, the sample involved 532 15-year-old adolescents from public schools in Piracicaba, São Paulo. For the study 3, the sample consisted of 592 students. We collected clinical data on dental caries, assessed by DMFT index according to WHO recommendations. Information concerning dental anxiety was collected by a validated questionnaire. The students also answered questions regarding adolescent access to dental visits, oral hygiene, reason for last dental visit, dental anxiety, family cohesion and adaptability and adolescents' food intake. Parents answered the socioeconomic status questionnaire. Data analysis were performed using descriptive statistics, chi-square test, odds ratio and Poisson regression. Regarding the study 1, controlling variables, low oral hygiene, low family income, more than four persons living in the same house and high dental anxiety were associated with low frequency of dental visits. Decayed teeth were associated with a low frequency of dental visits. Filled teeth was associated with a high frequency of dental visits and the female. Caries experience was associated with low oral hygiene, high frequency of dental visits and father with more than 8 years of schooling. For the second study, it was found that low frequency of dental visits and low oral hygiene was statistically associated with dental anxiety. In study 3, toothache was associated with low family income, more than four persons living in the same house, low oral hygiene, low frequency of dental visits, high dental anxiety, consumption of cariogenic foods, caries experience and decayed teeth. We conclude that the frequency of dental visits and oral health associated the socioeconomic and

psychosocial variables (Chapter 1). In addition, dental anxiety was associated with frequency of dental visits and oral hygiene behavior (Chapter 2). Toothache was associated with socioeconomic factors, psychosocial variables and oral health status (Chapter 3), demonstrating the importance of behavioral and psychosocial variables in aspects that relates to oral health in school. The association established between these variables indicates the importance of a biopsychosocial approach, with activities centered on the adolescent and their family environment.

Keywords: Oral Health, Oral Hygiene, Adolescent Behavior, Social Conditions, Dental Anxiety, Family relations.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	xiii
AGRADECIMENTOS ESPECIAIS	xv
AGRADECIMENTOS	xvii
EPIÍGRAFE	xix
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1	03
Utilização de serviço odontológico e saúde bucal: associação com variáveis psicossociais e socioeconômicas	
CAPÍTULO 2	19
Ansiedade frente ao tratamento odontológico associada a variáveis socioeconômicas, comportamentais e de saúde bucal	
CAPÍTULO 3	35
Odontalgia associada a variáveis socioeconômicas, psicossociais e saúde bucal	
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	52
ANEXOS	60

Dedicatória

Ao meu avô Expedito Luiz Leão.

Pela sabedoria, humildade, luta, integridade, força e amor.

Pela saudade que não cabe em mim.

A todas as pessoas que me estenderam a mão e estiveram comigo nesta etapa, em especial à Luísa Helena do Nascimento Tôrres. Porque só agradecer seria pouco. Sem seu incentivo, amizade e força, não estaria aqui.

Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço à Deus, pelo dom da vida, pela saúde e força para vencer mais esta etapa de minha vida. Pela sabedoria de escrever certo em linhas tortas.

À minha orientadora Profa. Rosana de Fátima Possobon pela orientação, compreensão, pelas palavras amigas e “puxões de orelha”. Pela dedicação, força e atenção. Sou eternamente grata por toda a confiança e o apoio demonstrados no decorrer dos últimos de 6 anos de aprendizado.

Aos meus pais, Maria Cristina Leão Ferreira e Francisco Alves Ferreira, por todo amor e superação. Pela alegria diante dos problemas e dificuldades. Pelo exemplo de força e garra. À minha mais que querida irmã Laíce Leão Ferreira pela amizade, companheirismo, paciência, apoio e amor.

À toda família Leão, em especial para minha avó Terezinha Barduni Leão, pelo exemplo de vida, otimismo e superação.

A minha querida “mãedrinha” e “paidrinho” Maria do Carmo Leão Oliveira e Antônio Moisés Oliveira pelo amor, confiança, companhia, colo e apoio.

À Marceli Almeida Mendonça, a irmã que a vida me deu de presente, pela amizade e amor incondicional. Por toda a ajuda, por estar presente em todos os momentos da minha vida e por tentar de verdade me entender, mesmo quando ninguém mais tenta. Por torcer genuinamente por mim.

À Ludmila Tavares, pela amizade, companheirismo e força. Agradeço por toda a bondade em lidar com todos e a competência que leva seu trabalho. Por todo o que me ensinou e por todo o trabalho que construímos.

À Maria Paula Rando Meirelles, que mais que prontamente me auxiliou durante essa etapa. À Prof. Gláucia Maria Bovi Ambrosano pela atenção e orientação quanto às análises estatísticas realizadas.

Aos professores Fábio Luiz Mialhe, Maria da Luz Rosário de Sousa, Antônio Carlos Pererira e Marcelo de Castro Meneghim, pelo apoio incondicional, exemplo, orientação e estímulo.

Por me acolher nesta etapa, meu sincero agradecimento.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do diretor, onde tive a oportunidade de dar um importante rumo ao crescimento científico e profissional.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudo concedida, pedra fundamental.

Às amigas Priscila Cardoso e Jemima Sant’ana, pela amizade verdadeira desde minha infância. À minha querida amiga Marzia Bucci e sua “mamma” Simona, que me apoiaram e encheram de alegria esta etapa de minha vida. Pela imensa paciência, amizade, carinho e amor.

Ao meu querido amigo e “quase filho” Bernardo Sollar, pelo companheirismo e parceria incondicional, seja de longe ou de perto. Por sua amizade, carinho e por toda a confiança em mim.

Às amigas Jéssica Neves, Natália Caetano e Daniela Andrade pelo carinho, amizade e escuta que me ajudaram a superar dificuldades. Pelos inesquecíveis momentos de alegria essenciais para conclusão dessa etapa, pelo apoio e torcida para trilhar novos caminhos.

À Graziella Leão Magalhães, prima e quase irmã mais velha, que me acompanha desde muito antes do início da minha formação profissional, sempre me apoiando e incentivando. À toda a família Leão, em especial à Tia Maria Luíza Leão e à Tia Maria Teresa Leão Magalhães pelas conversas, mimos e amor.

Agradeço à Lorenza Leão Oliveira Moreno e Marcelo Ferreira Moreno e suas queridas filhas Luísa e Lara pelo imenso carinho comigo e apoio incondicional. Por encher minha vida de amor e alegria.

Ao Danilo Ramos S3rio, hoje pessoa querida que mesmo de bem longe, me apoia e torce por mim. Por todo o conv3vio e ajuda (muitas vezes n3o reconhecida) desde minha gradua33o, minha eterna gratid3o.

3s amigas Janice Simpson de Paula, Tatiane Salvador, Maria Raquel Monteiro, Marina Meireles, Samantha Cavalcanti, pela alegria, amizade e torcida.

Aos amigos e colegas que fiz na UNIMEP e na UNIVIÇOSA, em especial 3 Bernardo Sollar, Cristina, Fabr3cio Freitas, Guilherme Saporetto, La3s de Souza, Luciane Martins, Luiz Carlos Ara3jo, Luzia Barcellos, Marzia Bucci, Rafael e T3nia Bartholomeu pela amizade e alegria do conv3vio. Ao Senhor Ant3nio, pela enorme paci3ncia e carinho comigo sempre.

Aos colegas e professores da Especializa33o em Desenvolvimento Humano, em especial 3 Fl3via Fraga Silveira, Karini Salgado Stanciola e X3nia de Andrade Domith pelo carinho, compreens3o e apoio.

3 Mar3lia Jesus Batista e Maria Paula Rando Maciel Meirelles que contribuíram para o engrandecimento deste trabalho.

3s secret3rias Eliana M3naco e Cristiane Tris pela eficiente ajuda e amabilidade com que trata todos os alunos.

A todas as pessoas que, com a mais simples palavra, atitude ou aux3lio, contribuíram direta ou indiretamente na elabora33o deste trabalho.

“Sei que todos, algum dia, acordamos com a
Senhora desilusão sentada na beira da cama. Mas a
gente vai à luta e inventa um novo sonho,
uma esperança, mesmo recauchutada:
vale tudo menos chorar tempo demais.
Pois sempre há coisas boas para pensar.
Algumas se realizam”.

(Lya Luft)

INTRODUÇÃO

O ensino e a prática da Odontologia historicamente trazem como referência elementos ideológicos marcantes como a mecanização do ato odontológico, a assistência predominantemente individual e o enfoque curativo em detrimento de práticas de promoção e prevenção em saúde bucal (Elderton, 2001).

Diante do avanço da concepção de saúde bucal para além do âmbito estritamente biomédico, a pesquisa e o ensino em odontologia buscam contemplar os determinantes sociais de saúde como fatores que influenciam a prevalência de doenças bucais (Peres et al. 2003). Tais determinantes podem ser definidos como os fatores socioeconômicos, culturais, psicológicos e comportamentais que relacionam-se com problemas de saúde e seus fatores de risco, ou seja, as condições de vida e trabalho de indivíduos e grupos (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Assim, a odontologia hoje, enquanto ciência, busca dialogar com outros saberes para estabelecer uma prática integralizada e humanizada para “além da boca”, atendendo aos preceitos do modelo biopsicossocial e de prevenção e promoção da saúde. (Shinkai, & Cury, 2000; Elderton, 2001) Neste contexto, as pesquisas têm estabelecido sólida associação entre prevalência e severidade de doenças bucais com condições sociais, tais como renda, escolaridade, moradia, entre outros (Cangussu et al., 2002; Antunes et al., 2002, Boing et al., 2014).

Os comportamentos relacionados à saúde bucal, tal como a higiene bucal diária, e os aspectos que determinam a procura por atendimento odontológico também associam-se à cárie e às condições psicossociais e econômicas (Freddo et al, 2008; Vettore et al., 2012). Ainda, a frequência, o intervalo entre consultas odontológicas e o motivo pelo qual o adolescente procura atendimento odontológico podem remeter ao cuidado que este tem com sua condição dental, ou seja, à importância que ele atribui a sua saúde bucal (Freddo et al, 2008; Camargo et al., 2009, Carvalho et al., 2011).

A procura por atendimento odontológico motivada pela sintomatologia dolorosa pode refletir, em muitos casos, na severidade da doença bucal, com impacto na vida dos indivíduos (Barros-Miotto, et al., 2014). Ainda, a busca por tratamento com finalidade curativa,

especialmente nos casos de dor instalada, pode implicar em um atendimento mais ansiogênico, o que contribui para a manutenção do ciclo medo-esquiva do dentista-dor (Carvalho et al., 2012).

A ansiedade frente ao tratamento odontológico também constitui uma condição que está associada a diversos aspectos que permeiam não só a saúde bucal, como também todo o contexto de atendimento odontológico, podendo influenciar a emissão de comportamentos relacionados à saúde bucal (Schuller et al., 2003, Carvalho et al., 2012).

Estudos que abordam a utilização de serviços odontológicos, a ansiedade frente ao tratamento odontológico e os aspectos comportamentais relacionados à saúde bucal na população adolescente são escassos na literatura. Ainda, a investigação da relação dessas variáveis com desigualdade social e fatores psicossociais, como a coesão e a adaptabilidade familiar, são importantes para investigar indicadores de risco associados, possibilitando ampliar as discussões acerca da temática.

Assim, esta tese avaliou a experiência de cárie, os fatores socioeconômicos e demográficos e variáveis psicossociais em escolares da cidade de Piracicaba – SP. A investigação dessas condições pode contribuir para a elaboração de estratégias de intervenção em saúde, tanto curativas quanto (e especialmente) preventivas, que sejam mais pontuais e personalizadas e, portanto, com maior potencial de efetividade.

Seus resultados poderão ser úteis para a identificação, entre adolescentes, de grupos de maior suscetibilidade à doença cárie, possibilitando personalizar estratégias de ação para estimular comportamentos de saúde bucal.

A presente tese, em formato alternativo, baseia-se nas normas da Resolução CCPG UNICAMP 2013 e é composta de três capítulos, apresentados na forma de artigos.

CAPÍTULO 1

Utilização de serviço odontológico e saúde bucal: associação com variáveis psicossociais e socioeconômicas

Luale Leão Ferreira¹, Gustavo Antônio Martins Brandão², Glaucia Maria Bovi Ambrosado¹, Rosana de Fátima Possobon¹, Ludmila Tavares Costa-Ercolin¹, Luísa Helena do Nascimento Tôrres¹, Maria Paula Maciel Rando Meirelles¹.

¹ Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Piracicaba, SP, Brasil.

² Faculdade de Odontologia - Universidade Federal do Pará, PA, Brasil.

Artigo foi submetido ao periódico Revista Brasileira de Epidemiologia.

Endereço para correspondência:

Luale Leão Ferreira

Departamento de Odontologia Social.

Faculdade de Odontologia de Piracicaba, P.O. BOX 52

Universidade Estadual de Campinas -UNICAMP

13414-903, Piracicaba, SP, Brazil

E-mail: lualeleao@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: avaliar a frequência de consultas odontológicas e saúde bucal, verificando sua associação com fatores socioeconômicos e psicossociais em escolares de Piracicaba-SP em 2010 e 2011. **Método:** este estudo observacional transversal abordou 532 adolescentes de 15 anos. O exame clínico bucal foi realizado segundo critérios da OMS e os dados referentes a comportamentos relacionados à saúde bucal, ansiedade odontológica e coesão familiar foram coletados utilizando questionários autoaplicáveis. O questionário socioeconômico foi preenchido pelo responsável do adolescente. Para avaliar associação entre as variáveis estudadas utilizou-se teste qui-quadrado e Regressão de Poisson. **Resultados:** A baixa frequência de consultas foi associada à baixa higiene bucal diária, à baixa renda familiar, ao maior número de pessoas que vivem na mesma residência e à alta ansiedade odontológica. A presença de dente cariado foi associada à baixa frequência de consultas odontológicas. A presença de dentes obturados foi associada à alta frequência de consultas e ao gênero feminino. A experiência de cárie associou-se à higiene bucal diária, à frequência de consultas e à escolaridade paterna. **Conclusão:** Observou-se dentre os adolescentes que frequentaram o dentista regularmente melhores comportamentos relacionados à saúde bucal e condições socioeconômicas. A associação entre experiência de cárie e alta frequência de consultas pode indicar que houve dentes são restaurados desnecessariamente.

Palavras-chave: Saúde bucal, Boca – cuidado e higiene, Comportamento do adolescente, Condição social, Ansiedade ao Tratamento Odontológico, Relações familiares.

Abstract

Objective: to evaluate the frequency of dental visits and oral health and its association with socioeconomic and psychosocial factors in students of Piracicaba, Brazil in 2010 and 2011.

Methods: this is an observational cross-sectional survey, involving 532 15-year-old adolescents. Calibrated examiners evaluated the prevalence of dental caries according to WHO criteria and oral health behavior, dental anxiety and family cohesion data were collected using self-administered questionnaires. Parents provided information about socioeconomic status by means of a structured questionnaire. Data were analyzed using by chi-square test and Poisson regression model. **Results:** Low frequency of dental visits was associated with low oral hygiene, low family income, more than four people living in the same household and high dental anxiety. The presence of decayed teeth was associated with a low frequency of dental visits. The presence of filled teeth was associated with a high frequency of dental visits and the female gender. Caries was associated with daily oral hygiene, frequency of visits and paternal education. There was an association between high frequency of dental visits and high caries experience and filled teeth. **Conclusion:** There were better health behaviors and socioeconomic status among adolescents who attended the dentist regularly. The association between caries experience and high frequency of dental visits may indicate that some teeth are restored unnecessarily.

Keywords: Oral Health, Oral Hygiene, Adolescent Behavior, Social Conditions, Dental Anxiety, Family relations.

Introdução

A saúde bucal é cada vez mais valorizada na sociedade atual e é importante tanto para funções de fonação, deglutição e mastigação, como também para a autoestima e o convívio em sociedade^{1,2}. Neste contexto, o cirurgião-dentista constitui a figura central da população na busca pela saúde bucal ideal, que se estabelece por meio de consultas odontológicas e da adequada interação profissional-paciente³.

Vale ressaltar, contudo, que a concepção de saúde bucal e de como restabelecê-la transformou-se drasticamente no decorrer da história da prática da odontologia^{4,5}. A máxima odontológica de Black “extensão para prevenção” corroborava a ideologia que fora hegemônica na odontologia até a década de 70: que a restauração era mais efetiva e constituía a melhor maneira de se evitar o processo cariioso^{4,6}. Dessa forma, dentistas restauravam dentes desnecessariamente, o que causou um aumento no número de dentes perdidos, com prejuízo da saúde de muitos pacientes.

A crença de que as restaurações são mais efetivas do que o dente natural, hoje já ultrapassada, foi substituída pela manutenção da saúde bucal, por meio de ações preventivas e de promoção da saúde na clínica pública e privada. Recomenda-se, dessa forma, a procura por atendimento odontológico em intervalos regulares⁴ com a finalidade de prevenir e detectar precocemente problemas bucais e incentivar a manutenção de comportamentos saudáveis para, conseqüentemente, evitar o agravamento do quadro clínico bucal.

No entanto, a procura e a utilização dos serviços odontológicos podem ser moduladas por diversos fatores. Estudos indicam que fatores socioeconômicos, como renda e educação, estão associados à frequência de consultas odontológicas⁷. A frequência de consultas odontológicas ainda pode ser influenciada por fatores de caráter individual, tais como a ansiedade frente ao tratamento odontológico, hábitos de higiene bucal e a preocupação do indivíduo com sua própria saúde bucal^{7,8}.

Diante desta premissa, o presente trabalho teve como objetivo conhecer a frequência de consultas odontológicas e a prevalência de cárie entre adolescentes de Piracicaba-SP, verificando sua associação com fatores socioeconômicos e psicossociais.

Método

Este é um estudo observacional transversal realizado entre maio de 2010 e abril de 2011. A amostra foi composta por adolescentes com 15 anos de idade da cidade de Piracicaba-SP.

Para ser incluído na amostra, o adolescente precisava estudar em escola selecionada para pesquisa, ter 15 anos completos na data do exame clínico e não apresentar doenças sistêmicas graves ou deficiência cognitiva.

A amostragem foi probabilística por conglomerado, sorteada em dois estágios (escola/aluno). Foram sorteadas 10 dentre as 30 escolas estaduais de Piracicaba-SP. A amostra foi calculada baseando-se no índice de cárie do levantamento SB Brasil 2003, o qual obteve, para a região sudeste em adolescentes de 15-19 anos, o CPOD médio de 5,94, com desvio padrão de 4,66. O número obtido foi posteriormente multiplicado por 2, correspondente ao efeito do delineamento (design effect), considerando que o sorteio de escola e de aluno. Ao resultado encontrado foi acrescido 20%, correspondentes as possíveis perdas. Dessa forma, para obtenção de uma estimativa com 95% de confiança e erro amostral de 10%, o tamanho final da amostra foi de 568 indivíduos. Na regressão logística, esse tamanho de amostra proporciona um odds ratio detectável de 2, com poder de 0,80 e nível de significância de 5%^{9,10}.

Para realização da pesquisa, obteve-se primeiramente permissão da Secretaria Estadual de Educação do município e, em seguida, da direção de cada instituição sorteada. Todas as escolas selecionadas permitiram o desenvolvimento da pesquisa.

Após autorização, foi realizado sorteio de cada voluntário pela lista de chamada disponibilizada pela instituição. Os adolescentes eram então abordados em sala de aula, onde os pesquisadores explicavam a natureza e os objetivos do estudo, convidando-os para participar da pesquisa. Os pais e/ou responsáveis eram notificados e convidados por carta-convite, solicitando a autorizar a participação de seus filhos na pesquisa. Eles assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE) e respondiam ao questionário socioeconômico, e após consentimento e coleta dos documentos, agendava-se uma data para preenchimento dos questionários e exame clínico bucal dos adolescentes.

A variável dependente deste estudo (*frequência de consultas odontológicas*) foi investigada por questionário autoaplicável, adaptado do estudo de Lisboa & Abegg¹¹. Este questionário consistia em questões de múltipla-escolha, nas quais era permitido marcar somente uma alternativa, e investigava a frequência de consultas odontológicas, com quatro possibilidades de resposta: de seis em seis meses; uma vez ao ano; a cada dois anos e só vai ao dentista na presença de dor. As respostas foram agrupadas em duas categorias segundo a frequência entre consultas odontológicas⁷: 1) alta frequência de consultas odontológicas, com intervalos entre consultas semestrais e anuais e 2) baixa frequência de consultas odontológicas, com intervalo de consultas maior que um ano ou quando sente dor.

A experiência de cárie, dentes cariados e dentes obturados/restaurados também configuram variáveis dependentes do presente trabalho. Para avaliação de cárie, foi utilizado o índice CPO-D, que avalia a experiência de cárie de um indivíduo mediante a soma de número de dentes cariados (C), perdidos por cárie (P) e restaurados/obturados (O). O exame clínico bucal foi realizado segundo recomendações da OMS¹², ou seja, sob luz natural com o auxílio de espelho plano número 05 e sonda OMS, sem profilaxia prévia. Os examinadores foram previamente calibrados por um examinador de referência, com discussões teóricas e práticas, e foi encontrada uma boa reprodutibilidade inter-examinadores com Kappa > 0,89 e intra-examinadores com Kappa variando de 0,85 a 1,00.

Devido à baixa prevalência de dentes perdidos na amostra de adolescentes, o componente perdido do índice de cárie não foi utilizado como variável dependente do estudo. As variáveis C e O foram dicotomizadas, respectivamente, segundo a ausência ou presença de dentes cariados e obturados; e o índice CPO-D foi dicotomizado pela média.

As variáveis psicossociais *coesão familiar* e *ansiedade frente ao tratamento odontológico* foram avaliadas utilizando, respectivamente, o questionário FACES III¹³, validado para a população brasileira¹⁴, e a escala avaliativa DAS (Dental Anxiety Scale)¹⁵, também adaptada transculturalmente¹⁶. A variável coesão familiar foi dicotomizada pela mediana e a ansiedade odontológica, classificada pelo autor da escala como muito leve, leve, moderada e severa, foi dicotomizada em baixa ansiedade (agrupando-se os níveis muito leve e leve) e alta ansiedade (níveis moderado e severo).

Com relação ao comportamento em saúde bucal, a variável *frequência de escovação* foi investigada por questionário adaptado de Lisboa & Abegg¹¹, sendo dicotomizada segundo a quantidade de vezes que o adolescente escovava seus dentes por dia: até 2 vezes ao dia e 3 ou mais vezes.

Todos estes questionários foram respondidos pelo adolescente em ambiente escolar, sob supervisão dos pesquisadores. O sigilo das respostas foi garantido ao voluntário com o objetivo de evitar possível viés de informação devido às relações interpessoais dos adolescentes.

O questionário socioeconômico e demográfico, que investigou gênero, renda mensal familiar, habitação, escolaridade do pai e da mãe e número de pessoas residentes na mesma casa¹⁷, foi respondido pelos pais ou responsáveis. As respostas referentes à variável *habitação* foram classificadas em dois grupos: presença e ausência de habitação própria. A escolaridade dos pais foi dicotomizada segundo ciclos escolares: até oito anos (ensino fundamental) e acima de nove anos (ensino médio incompleto e completo). As variáveis *renda mensal familiar* e *número de pessoas residentes na mesma casa* foram dicotomizadas segundo sua mediana.

Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados, que foram tabulados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0 e no Excel. Foram realizadas análises univariadas das variáveis independentes com as variáveis *frequência de consultas e saúde bucal* (CPO-D) pelo teste qui-quadrado e, posteriormente, foram incluídas no modelo de Poisson as variáveis que apresentaram $p < 0,25$. A associação entre frequência de consultas odontológicas e saúde bucal (variáveis dependentes) com as variáveis socioeconômicas e psicossociais foi avaliada utilizando a Regressão de Poisson, com nível de significância de 0,05.

Este estudo foi realizado de acordo com as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp, protocolo nº 005/2010). Todos os responsáveis pelos adolescentes assinaram uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa.

Resultados

Foram convidados para participar da pesquisa 725 adolescentes, sendo que 106 se recusaram a participar e 4 foram excluídos por apresentar déficit cognitivo. Desta forma, foram examinados 615 adolescentes de 15 anos de idade, de ambos os gêneros. Devido ao incompleto ou incorreto preenchimento do questionário que abordava comportamento em saúde bucal (alternativas em branco ou com mais de uma alternativa marcada), foram excluídos, nesta etapa, mais 60 voluntários. Como o presente trabalho objetiva a avaliação dos fatores associados à frequência de consulta odontológica, os adolescentes que nunca foram a consulta com o cirurgião-dentista (n=23) foram excluídos da análise estatística. Assim, a amostra final, para análise estatística, consistiu em 532 indivíduos.

Do total da amostra, 287 (53,94%) adolescentes eram do gênero feminino e 245 (46,05%) do gênero masculino. A experiência de cárie, expressa pelo índice CPOD foi 1,67 (DP=2,21). A porcentagem de adolescentes sem experiência de cárie (CPO=0) e com lesões cariosas não tratadas ($C > 0$) foram de, respectivamente, 46,8% (n=249) e 23,3% (n=124). Apenas 26 adolescentes apresentaram dentes perdidos por cárie. Em relação ao índice CPO-D, os componentes cariados, perdidos e obturados corresponderam a 28,6%, 4,2% e 67,2%, respectivamente.

Com relação aos comportamentos em saúde bucal, 376 (70,67%) frequentavam o consultório odontológico pelo menos uma vez ao ano, 404 adolescentes (75,9%) escovavam os dentes no mínimo três vezes ao dia e 342 adolescentes (64,28%) tiveram como motivo para sua última consulta a prevenção/controle. A tabela 1 apresenta a distribuição e as características da amostra segundo as variáveis investigadas.

A tabela 2 mostra a associação bruta e ajustada da variável *frequência de consultas odontológicas* com fatores socioeconômicos e psicossociais, analisados pelo teste qui-quadrado (bruto) e Poisson (ajustado). A maior frequência de consultas odontológicas foi associada à baixa ansiedade frente ao tratamento odontológico ($p < 0,0001$), à baixa renda mensal familiar ($p = 0,002$), à baixa frequência de escovação diária ($p = 0,008$) e ao menor número de pessoas que vivem na mesma residência ($p = 0,022$) (tabela 2).

Com relação à associação entre a experiência de cárie, dentes cariados e obturados e demais variáveis, observou-se que a experiência de cárie (CPO) associou-se à baixa

frequência de escovação diária ($p=0,003$), à alta frequência de consultas odontológicas ($p=0,035$) e à baixa escolaridade do pai ($p=0,037$) (tabela 3). A presença de dentes cariados (tabela 4) associou-se à baixa frequência de consultas odontológicas ($p=0,013$). A presença de dente obturado/restaurado associou-se à alta frequência de consultas odontológicas ($p=0,007$) e ao gênero feminino ($0,045$) (tabela 5). A variável gênero foi mantida no modelo do componente cariado devido à sua importância, apesar de não ser significativo.

Discussão

Este estudo investigou a frequência de consultas odontológicas e a saúde bucal e sua associação com fatores socioeconômicos e psicossociais entre adolescentes.

A frequência de consultas odontológicas foi associada à renda mensal familiar e ao número de pessoas residentes na mesma habitação, indicando a relação entre fatores socioeconômicos favoráveis e o acesso e procura por serviços de saúde, associação bastante abordada na literatura^{3,11}. Sabe-se que o contexto socioeconômico, que inclui moradia, renda e escolaridade, além de sexo/gênero, constitui fator que pode exercer influência no processo saúde-doença³. Indivíduos em piores condições de vida, geralmente, tem menor acesso a informações e a serviços de saúde, o que implica na menor capacidade de autodeterminar-se, acarretando maior vulnerabilidade individual e social¹⁸. Dessa forma, tal como mostrou os resultados deste estudo, esses sujeitos tendem a procurar com menor frequência serviços de cuidado à saúde bucal.

A ansiedade frente ao tratamento odontológico também associou-se à frequência de visitas ao dentista. Indivíduos com alta ansiedade odontológica tendem a procurar por atendimento somente em casos de dor ou na presença de problemas dentais, evitando consultas de caráter preventivo^{8,19}. Este comportamento de esquiva, evidenciado pelo maior intervalo entre as consultas odontológicas, foi observado entre os adolescentes ansiosos participantes deste estudo.

No presente estudo, foi observada associação entre presença de lesões de cárie (componente C) e baixa frequência de consultas odontológicas. Tal associação já era esperada, assim como era esperada a associação entre presença de dente restaurado (componente O) e alta frequência de consultas. Entretanto, surpreendeu a associação entre maior experiência de cárie (índice CPO-D) e alta frequência de consultas odontológicas.

Consultas periódicas deveriam constituir fator de proteção à experiência de cárie, uma vez que estas são ocasiões oportunas para que o profissional disponibilize orientação preventiva e estimule o paciente a emitir comportamentos saudáveis. Dessa forma, poderia-se inferir que o maior número de dentes restaurados e a maior experiência de cárie, no grupo dos adolescentes que vão frequentemente ao dentista, são devidos a um diagnóstico falso-positivo de lesão de cárie, ou seja, a tratamentos restauradores desnecessários.

A odontologia restauradora tradicional ainda exerce forte influência na educação em saúde bucal e na prática odontológica em muitas partes do mundo, prevalecendo sobre as medidas preventivas não-invasivas. Segundo Elderton²¹, o diagnóstico de cárie no consultório é, em geral, subjetivo e impreciso. Diante da dúvida quanto à necessidade ou não de restauração, o dentista comumente preconiza o tratamento restaurador. Dessa forma, instaura-se o ciclo restaurador repetitivo, impulsionado por uma cultura de odontologia associada à utilização de broca, ou seja, ao tratamento invasivo.

No presente estudo, a experiência de cárie foi associada à maior frequência de consultas odontológicas. Corroborando estes resultados, um estudo²² que abordou estudantes universitários relatou que os participantes que visitavam regularmente o cirurgião-dentista apresentaram risco 55% maior de ter cárie ou restaurações do que os demais. Celeste *et al.*²³ também observaram que alguns dentes são restaurados desnecessariamente devido à alta frequência de visitas ao dentista.

Em relação ao comportamento de higiene bucal, observou-se a maior frequência de escovação diária dentre os adolescentes que iam frequentemente ao dentista, indicando que os adolescentes que vão com maior regularidade ao dentista têm melhores comportamentos preventivos relacionados à saúde bucal. Esses adolescentes, portanto, não deveriam ser aqueles com maior experiência de cárie.

Esses achados levam à reflexão de como tem sido conduzida a prática odontológica nos consultórios, não somente no que tange à disponibilização de informações que propiciem a aquisição de comportamentos de saúde pelo paciente, como também a realização de correto diagnóstico e adequado tratamento de lesões de cárie.

Este estudo, pelo seu caráter transversal, não visa estabelecer relação causal entre índice de cárie, frequência de consultas e as variáveis independentes estudadas, apenas

assinala uma associação entre elas. Uma abordagem longitudinal, analisando fatores psicossociais e clínicos durante um período maior de tempo, poderia contribuir para o estabelecimento de possíveis relações entre as mesmas. Ainda, este estudo abordou somente adolescentes de escolas públicas, podendo ser considerado uma limitação do estudo.

Considerando que comportamentos em saúde bucal, como a procura por tratamento odontológico, são multideterminados e constituem fatores de risco para o desenvolvimento de doenças bucais, a investigação de variáveis associadas a estes comportamentos permite identificar aquelas que podem estar associados à manifestação de comportamentos não desejáveis, contribuindo para a determinação de grupos de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento destas doenças.

Conclusão

A frequência de consultas odontológicas associou-se à higiene bucal, à ansiedade odontológica, à renda mensal familiar e ao número de pessoas na residência, indicando que indivíduos menos ansiosos, com melhores condições socioeconômicas e com boa higiene bucal procuram e tem maior acesso a consultas odontológicas.

A experiência de cárie, dentes cariados e obturados associaram-se a variáveis socioeconômicas e a frequência de consultas odontológicas. Os indivíduos que apresentaram maior experiência de cárie e restaurações tenderam a ir frequentemente a consultas odontológicas. Os adolescentes com maior índice de dentes cariados tenderam a procurar o dentista com menor frequência.

Referências

1. Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Cavaca AG, Gentili V, Zandonade E, Cortellete Jr M, Emmerich A. A saúde bucal na mídia impressa: análise das matérias jornalísticas nos anos de 2004-2009. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012, 17(5):1333-1345.
3. Vettore MV, Moysés SJ, Sardinha LMV, Iser BPM. Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cad Saude Publica* 2012; 28(Sup):S101-S113.
4. Osborne JW, Summitt JB. Extension for prevention: is it relevant today? *Am J Dent.* 1998. 11(4): 189-96.
5. Larson TD. Extension for prevention: margin placement. *Northwest Dent.* 2012 Mar-Apr;91(2):12-6.
6. Cohen HB, Greene V. Black and “extension for prevention”. *J Hist Dent,* 2002. 50(1):8-10.
7. Freddo SL, Aerts DRGC, Abegg C, Davoglio R, Vieira PC, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(9): 1991-2000.
8. Sohn W, Ismail AI. Regular dental visits and dental anxiety in an adult dentate population. *J Am Dental Association* 2005;136:58-66.
9. Demidenko E. Sample size determination for logistic regression revisited. *Statistics in Medicine* 2007;26:3385-3397.
10. Demidenko E. Sample size and optimal design for logistic regression with binary interaction. *Statistics in Medicine* 2008; 27:36-46.
11. Lisboa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. ***Epidem Serv Saude* 2006; 15(4):29-39.**

12. WHO/FDI. Oral health surveys. Basic methods. Geneva: Print Reports 1997.
13. Olson DH, Sprenkle D, Russel C. Cicumplex model: systemic assessment and treatment of families. New York: The Harworth press 1989.
14. Falceto OG, Busnell ED, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para a utilização em serviços de atenção primária à saúde. Pan Am J Public Health 2000;7:255-63.
15. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. J Am Dent Assoc 1978;97:816–19.
16. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese Version of Corah’s dental anxiety scele: Transcultural Adaptation and Reability analysis. Depression and Anxiety 2007;24:467–471.
17. Meneghim MC, Kozlowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. Cien Saude Colet 2007; 12: 523-529.
18. Sánchez AIM & Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciência & Saúde Coletiva 2007, 12(2):319-324.
19. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there any differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31:116-21.
20. Sohn W, Ismail AI. Regular dental visits and dental anxiety in an adult dentate population. J Am Dental Association 2005;136:58-66.
21. Elderton RJ. Preventive (Evidence-Based) Approach to Quality General Dental Care. Med Princ Pract 2003;12(suppl 1):12–21.
22. Petry PC, Victora CG, Santos IS. Adultos livres de cárie: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. Cad. Saúde Pública 2000, 16(1):145-153.
23. Celeste RK, Nadanovsky P, De Leon AP. Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia e a prevalência de cárie dentária. Rev. Saúde Pública, 2007; 41(5):830-38.

Tabela 1 – Frequência das variáveis socioeconômicas, comportamentais e de saúde bucal segundo a frequência de consulta odontológica de adolescentes. Piracicaba, 2010-2011.

	Variável	n	Frequência de Consulta Odontológica	
			Baixa frequência de Consulta Odontológica (n=156)	Alta frequência de Consulta odontológica (n=376)
Gênero	Feminino	287	86	201
	Masculino	245	70	175
Renda familiar	≤ 3 salários mínimos	327	116	211
	> 3 salários mínimos	203	40	163
Escolaridade do pai	≤ 8 anos	293	98	195
	> 8 anos	218	50	168
Escolaridade da mãe	≤ 8 anos	283	101	182
	> 8 anos	221	46	175
Moradia	Não possui	176	60	116
	Possui	347	93	254
Ansiedade Frente ao Tratamento Odontológico (DAS)	Ansiosos	159	71	88
	Não ansiosos	373	85	288
Frequência de escovação diária	≤ 2 vezes ao dia	126	56	72
	> 2 vezes ao dia	404	102	302
C (dentes cariados)	Presente	124	47	77
	Ausente (C = 0)	408	109	299
P (dentes perdidos)	Presente	26	14	12
	Ausente (P=0)	506	142	364
O (dentes restaurados)	Presente	213	48	165
	Ausente (O=0)	319	108	211
CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados)	>media	225	60	165
	≤media	307	96	211

C =dentes cariados; P= dentes perdidos; O= dentes restaurados; CPOD=soma de dentes cariados, perdidos e obturados.

Tabela 2- Associação bruta e ajustada entre variáveis psicossociais e econômicas com baixa frequência de consulta Odontológica em adolescentes de 15 anos utilizando a regressão de Poisson. Piracicaba-2010-2011.

Variáveis		Baixa frequência de Consulta Odontológica					
		n	n (%)	RP Bruto (IC95%)	p	RP Ajustada (IC95%)	p
Ansiedade Frente ao Tratamento Odontológico (DAS)	Ansiosos	159	71 (39,99%)	1,96 (1,51- 2,52)	0,00*	1,80 (1,39-2,33)	0,000*
	Não ansiosos	373	85 (20,72%)	1		1	
Renda mensal familiar	Até 3 salários mínimos	327	116(35,78%)	1,80 (1,31-2,46)	0,00*	1,66 (1,20-2,27)	0,002*
	Mais que 3 salários	203	40(20,58%)	1		1	
Frequência de escovação	≤ 2 vezes ao dia	126	54 (42,85%)	1,69 (1,30- 2,20)	0,00*	1,43 (1,10-1,87)	0,008*
	> 2 vezes ao dia	404	102 (25%)	1		1	
Número de pessoas por residência	Mais que 4 pessoas	247	85 (34,41%)	1,40 (0,29-0,89)	0,01*	1,35 (1,04-1,75)	0,02*
	Até 4 pessoas	277	68 (24,54%)	1		1	

* $p < 0,05$.

Tabela 3- Associação bruta e ajustada entre variáveis psicossociais e econômicas, com presença de dente cariado em adolescentes de 15 anos utilizando a regressão de Poisson. Piracicaba-2010-2011.

Variáveis		Presença de dente cariado (componente C)					
		n	n (%)	RP Bruto (IC95%)	p	RP Ajustada (IC95%)	p
Frequência de consulta odontológica	Baixa frequência	156	47 (30,1%)	1,47 (1,07- 2,00)	0,01*	1,47 (1,08-2,01)	0,013*
	Alta frequência	376	77 (20,4%)	1		1	
Gênero	Masculino	274	72 (26,76%)	1,26 (0,95- 1,76)	0,11	1,29 (0,96- 1,78)	0,09
	Feminino	318	66 (20,75%)	1		1	

* $p < 0,05$.

Tabela 4- Associação bruta e ajustada entre variáveis psicossociais e econômicas, com presença de dente restaurado em adolescentes de 15 anos utilizando a regressão de Poisson. Piracicaba-2010-2011.

Variáveis		Presença de dente restaurado (componente O)					
		n	n (%)	RP Bruto (IC95%)	P	RP Ajustada (IC95%)	p
Frequência de consulta odontológica	Baixa frequência	156	48(30,76%)	0,70 (0,54-0,91)	0,008*	0,69 (0,53- 0,90)	0,007*
	Alta frequência	376	165 (43,88%)	1		1	
Gênero	Masculino	274	87 (31,76%)	0,80 (0,64- 0,98)	0,033*	0,80 (0,65-0,99)	0,045*
	Feminino	318	126(39,62%)	1		1	

* $p < 0,05$.

Tabela 5- Associação bruta e ajustada entre variáveis psicossociais e econômicas com a experiência de cárie (CPOD > média) em adolescentes de 15 anos utilizando a regressão de Poisson. Piracicaba-2010-2011.

Variáveis		Experiência de cárie (CPOD \geq 2)					
		n	n (%)	RP Bruto (IC95%)	p	RP Ajustada (IC95%)	P
Frequência de escovação	\leq 2 vezes ao dia	126	67 (53,76%)	1,23 (1,00- 1,55)	0,04*	1,37 (1,11- 1,70)	0,003*
	> 2 vezes ao dia	404	171(42,32%)	1		1	
Escolaridade paterna	Até 8 anos	331	147 (44,41%)	1,25 (1,02-1,55)	0,032*	1,66 (1,20-2,27)	0,037*
	Mais que 8 anos	238	84 (35,29%)	1		1	
Frequência de consulta odontológica	Baixa frequência	156	60 (38,46%)	0,87 (0,69- 1,10)	0,15	0,77 (0,61-0,98)	0,035*
	Alta frequência	376	165 (43,88%)	1		1	

* $p < 0,05$.

CAPÍTULO 2

Ansiedade frente ao tratamento odontológico associada a variáveis socioeconômicas, comportamentais e de saúde bucal

Luale Leão Ferreira¹, Luísa Helena do Nascimento Tôrres¹, Ludmila Tavares Costa-Ercolin¹, Gustavo Antônio Martins Brandão², Glaucia Maria Bovi Ambrosado¹, Rosana de Fátima Possobon¹,.

¹ Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Piracicaba, SP, Brasil.

² Faculdade de Odontologia - Universidade Federal do Pará, PA, Brasil.

Artigo foi submetido ao periódico Physis: Revista de Saúde Coletiva.

Endereço para correspondência:

Luale Leão Ferreira

Departamento de Odontologia Social.

Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Caixa Postal 52

Universidade Estadual de Campinas -UNICAMP

13414-903, Piracicaba, SP, Brazil

E-mail: lualeleao@yahoo.com.br

Resumo

A ansiedade no contexto odontológico pode influenciar comportamentos em saúde, podendo causar prejuízos à saúde bucal de indivíduos ansiosos. O objetivo do estudo foi investigar a ansiedade frente ao tratamento odontológico entre adolescentes de 15 anos e verificar sua associação com fatores socioeconômicos, variáveis comportamentais e saúde bucal. A amostra probabilística contou com 530 alunos de escolas estaduais de Piracicaba-SP, divididos segundo o nível de ansiedade odontológica avaliada pelo instrumento DAS (Dental Anxiety Scale), validado no Brasil. O exame clínico bucal foi realizado segundo critérios da OMS. As demais variáveis foram investigadas utilizando-se questionários autoaplicáveis adaptados de outros estudos. A associação entre as variáveis foi avaliada por meio de análise bivariada e Regressão de Poisson. Do total de 530 participantes, cerca de 54% (n=286) eram do gênero feminino. Cerca de 71% dos adolescentes (n=372) apresentaram baixa ansiedade e 29,8% apresentaram alta ansiedade (n=168). Após análise e ajuste das variáveis, a alta ansiedade odontológica associou-se à baixa frequência de consultas odontológicas e à baixa higiene bucal diária. Não houve associação entre ansiedade odontológica, cárie e fatores socioeconômicos. Conclui-se que a ansiedade odontológica foi associada a comportamentos de saúde bucal, mostrando a necessidade de maior atenção e adequada abordagem para pacientes ansiosos.

Palavras-chave: Medo ao Tratamento Odontológico Saúde bucal, Higiene Bucal, Comportamento do adolescente, Condição social.

Abstract:

Dental Anxiety can influence health behavior and may cause damage to anxious individual's oral health. The objective was to **assess** 15 years-old adolescents' dental anxiety and investigate its association with socioeconomic status, behavioral factors and oral health indicators. The random sample included 530 students from 10 state schools in Piracicaba, São Paulo State, divided according to level to dental anxiety's score evaluated by Corah's Dental Anxiety Scale. The oral exam was performed according to WHO criteria. The other variables were investigated using self-administered questionnaires adapted from other studies. The association between variables were evaluated using bivariate and Poisson regression analysis. Study subjects were 530 adolescents, and 54% (n = 286) were female. About 71% of adolescents (n = 372) had low dental anxiety and 29,8% had high dental anxiety (n=168). After analyzing and adjusting the variables, the high dental anxiety was associated with a low frequency of dental visits and low daily oral hygiene. There was no association between dental anxiety, dental caries and socioeconomic factors. Since dental anxiety was associated with oral health behaviors, the results indicate the need for greater attention and appropriate approach for anxious patients.

Keywords: Dental Anxiety, Oral Health, Oral Hygiene, Adolescent Behavior, Social Conditions.

Introdução

O medo e a ansiedade são parte natural do desenvolvimento humano¹. Apesar de ser uma função biológica inata, respostas de medo e ansiedade frente a certos objetos e situações são, em grande parte, adquiridas através da aprendizagem e podem persistir por longos períodos. Assim pode acontecer em relação à ansiedade e ao medo do tratamento odontológico².

A associação entre ansiedade, medo e Odontologia não é natural e inerente à criança³. Esse medo pode ter origem direta, ou seja, ser decorrente das experiências vividas pela própria criança, ou de origem indireta, quando é desenvolvido a partir da socialização e do processo de aprendizagem, por influência midiática ou das interações interpessoais, entre outros^{2,4}.

A ansiedade e o medo de dentista, adquiridos na infância, podem refletir-se no comportamento do paciente quando adolescente e adulto⁵. Há indícios de que a ansiedade esteja associada à menor procura por tratamento odontológico, uma vez que pacientes ansiosos normalmente esperam por longos períodos de tempo para marcar uma consulta e, não raramente, a cancelam⁶. Além disso, pacientes ansiosos comumente requerem maior tempo e uso de diferentes estratégias durante seu atendimento, demandando maior atenção e custo de tratamento por parte do cirurgião-dentista⁷.

Pacientes temerosos evitam, também, as consultas preventivas. Esse comportamento pode levar ao agravamento de patologias bucais e à busca por tratamento na presença de dor, que exigirão tratamentos curativos, mais invasivos e potencialmente mais desconfortáveis que tratamentos preventivos, acarretando ainda mais ansiedade durante o tratamento. Desta forma, instala-se um ciclo em que a ansiedade mantém o paciente afastado do consultório odontológico^{8,9}. Por conseguinte, presume-se que pacientes mais ansiosos são aqueles com condições bucais mais precárias, com maiores intervalos entre consultas odontológicas e baixa frequência diária de escovação.

É importante ressaltar que, além da saúde bucal e comportamentos relacionados, os aspectos socioeconômicos também podem estar associados à ansiedade odontológica. Alguns estudos indicam que indivíduos provenientes de classe sociais mais baixas podem apresentar

maior ansiedade frente ao tratamento odontológico devido a sua maior vulnerabilidade social e individual¹⁰.

Como a ansiedade odontológica constitui um problema que afeta não só o paciente e sua saúde bucal, como também a rotina de atendimento odontológico, é importante estudar a ansiedade frente ao tratamento odontológico a fim de estabelecer associações com variáveis e proporcionar uma adequada abordagem ao paciente ansioso.

Este estudo investigou o nível de ansiedade frente ao tratamento odontológico entre adolescentes de 15 anos, verificando sua associação com fatores socioeconômicos, variáveis comportamentais e saúde bucal.

Métodos

Este é um estudo observacional transversal realizado entre maio de 2010 e abril de 2011. A amostra foi composta por adolescentes com 15 anos de idade, sem histórico de doenças sistêmicas graves ou deficiência cognitiva.

A amostra do presente estudo foi composta por adolescentes de escolas estaduais públicas da cidade de Piracicaba. Para ser incluído na amostra, o adolescente precisava ter 15 anos completos na data do exame clínico, estar matriculado em escola selecionada para a pesquisa e ter participação autorizada pelo pai ou responsável mediante assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido. Não foram incluídos os estudantes com deficiência cognitiva.

O tipo de amostragem utilizada foi probabilística por conglomerado em 2 estágios, escola e aluno. Um terço das escolas estaduais de ensino médio foram sorteadas, totalizando 10 dentre 30 escolas da cidade. A localização dessas escolas foi mapeada a fim de garantir a abrangência das 5 macrorregiões da cidade. A amostra foi calculada baseando-se no índice de cárie do levantamento SB Brasil 2003, o qual obteve, para a região sudeste em adolescentes de 15-19 anos, o CPOD médio de 5,94, com desvio padrão de 4,66. O número obtido foi posteriormente multiplicado por 2, correspondente ao efeito do delineamento (design effect), considerando que o sorteio de escola e de aluno. Ao resultado encontrado foi acrescido 20%, correspondentes as possíveis perdas. Dessa forma, para obtenção de uma

estimativa com 95% de confiança e erro amostral de 10%, o tamanho final da amostra foi de 568 indivíduos. Na regressão logística, esse tamanho de amostra proporciona um odds ratio detectável de 2, com poder de 0,80 e nível de significância de 5%^{11,12}.

A amostra final foi composta por 530 voluntários, que proporcionou um poder do teste (1- β) de 0,80 com nível de significância α de 0,05 para um odds ratio de 1,5, probabilidade de resposta de 21% e probabilidade de ansiedade odontológica de 28%, calculada de acordo com Demidenko¹¹ e Demidenko¹².

Primeiramente, obteve-se a permissão para o desenvolvimento da pesquisa junto à Secretaria Estadual de Educação do município de Piracicaba-SP e, em seguida, solicitou-se a autorização da direção de cada instituição sorteada.

Após o sorteio dos alunos, pela lista de chamada, os pesquisadores foram em cada sala de aula para explicar a natureza e os objetivos do estudo, abordando os jovens e convidando-os a participar da pesquisa. Como se tratava de adolescentes, portanto menores de idade, foram enviados aos pais ou responsáveis uma carta-convite para participação no estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE) e o questionário socioeconômico. Após a coleta do TCLE assinado e do questionário preenchido pelos pais, agendou-se uma data para coleta dos dados e exame clínico bucal entre os escolares.

A ansiedade frente ao tratamento odontológico, variável dependente do estudo, foi investigada pela escala avaliativa Dental Anxiety Scale (DAS), proposta por Corah¹³ e validada para a população brasileira¹⁴. A escala é composta por quatro perguntas fechadas que avaliam a ansiedade do sujeito em diferentes situações do contexto odontológico: 1) no dia anterior a consulta; 2) na sala de espera; 3) na cadeira odontológica, com o dentista preparando o motor; e 4) na cadeira odontológica, com o dentista pegando instrumentos para raspagem.

Cada pergunta apresentava cinco alternativas de respostas que eram pontuadas de 1 a 5. A ansiedade odontológica se dá no somatório dos escores de cada questão, podendo variar, portanto, de 4 (pontuação mínima) a 20. Autores sugerem que a ansiedade odontológica seja classificada em muito leve (4 a 5 pontos), ansiedade leve (de 6 a 10 pontos), ansiedade moderada (de 11 a 14 pontos) e ansiedade severa (de 15 a 20 pontos). Dessa forma, o presente

estudo agrupou os níveis de ansiedade em baixa ansiedade (ansiedade muito leve e leve) e alta ansiedade (ansiedade moderada e severa).

A escala de ansiedade e demais questionários foram respondidos pelo adolescente imediatamente antes da realização do exame clínico bucal. Cada voluntário examinado respondeu, sob supervisão dos pesquisadores, os questionários elaborados para verificação de fatores psicossociais. Todos os questionários utilizados foram validados ou utilizados em outros estudos^{14,15,16,17}.

Para evitar possível viés de informação devido às relações interpessoais dos adolescentes, os pesquisadores garantiram a confidencialidade dos dados para os voluntários. Em relação aos fatores socioeconômicos, o responsável pelo adolescente respondeu a um questionário validado abordando renda mensal familiar, grau de escolaridade do pai e da mãe, posse de automóvel, número de residentes na casa e posse de casa própria.

O exame clínico bucal foi realizado por três examinadores cirurgiões-dentistas calibrados por um examinador de referência. A calibração envolveu discussões teóricas e atividades práticas, sendo encontrada reprodutibilidade inter-examinadores com o Kappa > 0,89 e intra-examinadores com Kappa variando de 0,89 a 1,00. O exame foi realizado sob luz natural, sem profilaxia prévia ou secagem, utilizando a sonda WHO-621 e espelho plano número 5, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde¹⁸.

Todas as variáveis independentes foram dicotomizadas. A renda familiar foi dividida na mediana, que foi 3 salários mínimos. A variável posse de casa própria foi dicotomizada de acordo com a presença e ausência desse bem. A escolaridade do pai e da mãe do adolescente foi classificada em dois grupos: até oito anos (até ensino fundamental) e acima de nove anos de ensino (a partir do ensino médio incompleto). O número de pessoas residentes na mesma casa foi dividido pela mediana, que foi 4. A variável gênero manteve sua classificação original, feminino e masculino.

As variáveis *coesão e adaptabilidade familiar*, que correspondem ao grau de união familiar e à capacidade de adaptação de uma família frente às vicissitudes cotidianas, respectivamente, foram avaliadas utilizando o questionário FACES III¹⁹. As variáveis foram dicotomizadas segundo sua mediana.

Em relação aos hábitos e comportamentos de higiene bucal, investigou-se a frequência de escovação diária e o intervalo entre consultas odontológicas¹⁵. A frequência de escovação foi dicotomizada em escovação até duas vezes ao dia e três ou mais vezes ao dia. Já o intervalo entre consultas odontológicas foi dicotomizado em menos de 1 ano de intervalo e mais de 1 ano ou na presença de dor.

A condição clínica de saúde bucal avaliada foi a cárie coronária, segundo critérios da OMS. Avaliou-se, portanto, a presença de dentes cariados (C), perdidos por cárie, (P) obturados/restaurados (O) e a experiência de cárie pelo índice CPOD. O índice CPOD foi dividido de acordo com sua média e os componentes C, P e O por sua presença ou ausência.

Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados, que foram tabulados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0 e no Excel. Realizou-se análise descritiva obtendo a distribuição absoluta, percentual e mediana das variáveis. Foi realizada análise bivariada das variáveis independentes com a variável dependente, ansiedade frente ao tratamento odontológico, utilizando teste qui-quadrado. Todas as variáveis com significância menor que 20% foram incluídas no Modelo de Poisson para análise ajustada.

Este estudo foi realizado de acordo com as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp, protocolo nº. 005/2010). Todos os responsáveis pelos adolescentes participantes assinaram uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa.

Resultados:

Estimando possíveis perdas, foram convidados para participar da pesquisa 725 adolescentes, dos quais 106 se recusaram a participar da pesquisa e 4 foram excluídos por não satisfazer os critérios de inclusão do estudo. Foram examinados 615 adolescentes de 15 anos e, devido ao incorreto preenchimento dos questionários aplicados, 62 adolescentes foram excluídos da análise estatística. Aqueles adolescentes que nunca tinham ido a consulta odontológica foram excluídos da análise por não ter sido expostos aos fatores ansiogênicos

presentes no tratamento odontológico, podendo constituir um viés (n=23). A amostra final, para análise estatística, consistiu em 530 indivíduos de ambos os gêneros.

Do total de 530 participantes, 286 (53,96%) eram do gênero feminino. O valor médio da ansiedade frente ao tratamento odontológico foi 8,92. Cerca de 17% dos adolescentes (n=90) apresentaram ansiedade muito leve, 53,20% apresentaram ansiedade odontológica leve (n= 282), 26,41% apresentaram ansiedade moderada (n=140) e 3,39% (n=18) apresentaram ansiedade elevada (DAS>15), segundo classificação da escala diagnóstica utilizada^{5, 20}.

De acordo com o exame clínico bucal, o índice de cárie médio (CPOD médio) e Sic index encontrados foram de 1,74 (DP 2,26) e 4,18, respectivamente. Do total da amostra, 45,28% (n=240) não tinham experiência de cárie (CPO=0) e 23,20% dos adolescentes (n=123) apresentavam lesão cariiosa não tratada (C > 0).

A tabela 1 apresenta a análise estatística entre ansiedade e demais variáveis, utilizando o teste qui-quadrado. As seguintes variáveis mostraram associação estatisticamente significativa com a ansiedade odontológica: intervalo entre consultas odontológicas, frequência de escovação diária e renda mensal familiar.

Após análise univariada, utilizando teste qui-quadrado, todas as variáveis com significância menor que 0,20 foram incluídas no modelo de Regressão de Poisson (tabela 2). Após análise estatística e ajuste, a ansiedade odontológica associou-se ao intervalo entre consultas odontológicas e frequência de escovação diária.

Discussão

A ansiedade odontológica configura um importante problema que tem diversas implicações no contexto de atendimento odontológico, tanto para cirurgiões-dentistas como para os pacientes. Pacientes ansiosos podem ausentar-se mais frequentemente em consultas odontológicas e apresentar maior demanda por tratamentos mais invasivos. Assim, o atendimento de pacientes com alta ansiedade odontológico pode implicar na necessidade de mais estratégias de atendimento, e em tempo adicional para tratamento⁷.

No presente estudo, foi encontrada a associação entre *alta ansiedade frente ao tratamento odontológico e intervalos irregulares entre consultas odontológicas*. Esses

achados corroboram os resultados de Schuller *et al.*²¹, que utilizaram a mesma escala avaliativa (DAS). Comparando grupos, foi encontrado que o grupo mais ansioso apresentava mais comportamentos de esquiva, evitando, portanto, comparecer às consultas odontológicas.

Alguns autores discutem que o reflexo de evitar as visitas regulares ao dentista pode ocorrer sob a forma de cárie e doença gengival^{5,6}. Estes estudos verificaram a associação entre ansiedade/medo odontológico e saúde bucal deficiente e atribuíram os problemas bucais à menor frequência de procura por tratamento odontológico pelos pacientes com medo.

No presente estudo, o grupo de adolescentes com perfil mais ansioso apresentou baixo índice de higiene bucal diária. Isso pode ocorrer porque o adolescente, por escovar seus dentes com menor frequência, pode apresentar uma percepção negativa acerca sua saúde bucal, ou seja, pode crer que apresenta piores condições bucais^{5,7}. Assim, esse adolescente pode acreditar que seu quadro clínico vai requerer tratamento mais invasivo, apresentando conseqüentemente maior ansiedade frente ao seu tratamento odontológico⁷.

Devido às associações entre alta ansiedade frente ao tratamento odontológico, baixa frequência de visitas ao dentista e baixa frequência de higiene bucal, esperava-se que a ansiedade também estivesse associada a piores condições de saúde bucal, tal como encontraram outros estudos^{21,22}.

Schuller *et al.*²¹ observaram que adolescentes mais ansiosos apresentavam intervalos irregulares entre consultas odontológicas e maior prevalência de dentes cariados e perdidos, enquanto os adolescentes com baixa ansiedade odontológica apresentavam maior prevalência de dentes restaurados, indicando a busca por tratamento. Entretanto, no presente estudo, não observou-se essa associação, corroborando os resultados de outros estudos.

O presente estudo não observou associação entre ansiedade frente ao tratamento odontológico e fatores socioeconômicos, corroborando os resultados de Carvalho *et al.*⁵. Entretanto, apesar da escala avaliativa DAS constituir um instrumento que apresenta boas propriedades psicométricas^{23,24}, avaliando a ansiedade de maneira rápida e fidedigna^{2,23}, alguns estudiosos discutem a sensibilidade da escala, propondo que a escala pode ser

superficial para uso efetivo em estudos clínicos²³. Contudo, apesar dessa característica, esse instrumento é amplamente utilizado em diferentes tipos de estudo e contextos de pesquisa.

Ainda, a baixa prevalência de cárie entre os adolescentes abordados pode ter contribuído para a ausência de associação entre ansiedade odontológica e cárie dentária. Praticamente metade da amostra de adolescentes era livre de cárie e menos de um quarto apresentava lesão de cárie não tratada.

Este estudo, pelo seu caráter transversal, não visa estabelecer relação causal entre as variáveis independentes estudadas, apenas assinala uma associação entre elas. A abordagem longitudinal do estudo poderia contribuir para o estabelecimento de possíveis relações entre as variáveis. Ainda, este estudo abordou somente adolescentes de escolas públicas, podendo ser considerado uma limitação do estudo.

Conclusão

Conclui-se que a ansiedade frente ao tratamento odontológico foi associada a frequência de escovação diária e ao intervalo entre consultas odontológicas. Em oposição à hipótese do estudo, não houve associação entre a variável dependente e saúde bucal.

Referências

1. Viana M B. Freud e Darwin: ansiedade como sinal, uma resposta adaptativa ao perigo. *Nat. hum.* 2010; 12(1):163-195.
2. Singh KA; Moraes ABA de; Bovi Ambrosano GM. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesq Odont Bras*, 2000;14(2):131-136.
3. Possobon RF, Carrascoza KC, Moraes ABA, Costa Jr AL. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 3, p. 609-616, set./dez. 2007
4. Anderson JW. Fear in dental chair. *CDS Rev.* 1996 Dec;89(11):24-7.
5. Carvalho RWF, Falcão PGCB, Campos GJL, Bastos AS, Pereira JC, Pereira MAS, Cardoso MSO, Vasconcelos BCE. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores predictores em brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012.17(7):1915-1922.
6. Rosa AL, Ferreira CM. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. *RBO* 1997;54:171-4.
7. Samorodnitzky GR, Levin L. Self-assessed dental status, oral behavior, DMF, and dental anxiety. *J Dent Educ.* 2005 Dec;69(12):1385-9.
8. Bottan ER , Dal'Oglio J , Araújo SM. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2007;7(3):241-6.
9. Armfield JM , Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health.* 2007; Jan;14(7):1.
10. Sánchez AIM & Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva* 2007, 12(2):319-324.
11. Demidenko E. Sample size determination for logistic regression revisited. *Statistics in Medicine* 2007;26:3385-3397.

12. Demidenko E. Sample size and optimal design for logistic regression with binary interaction. *Statistics in Medicine* 2008; 27:36-46.
13. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1968;48:596.
14. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese Version of Corah's dental anxiety scale: Transcultural Adaptation and Reability analysis. *Depression and Anxiety* 2007;24:467-471.
15. Lisboa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidem Serv Saude*. 2006;15(4):29-39.
16. Falceto OG, Busnell ED, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para a utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Pan Am J Public Health*. 2000;7(4):255-63.
17. Meneghim MC, Kozłowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12: 523-529.
18. WHO/FDI. Oral health surveys. Basic methods. Geneva: Print Reports 1997.
19. Olson DH, Sprenkle D, Russel C. Cicumplex model: systemic assessment and treatment of families. New York: The Harworth press 1989.
20. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978;97:816-819.
21. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2003. 31(2):116-121.
22. Coolidge T, Skaret E, Heima M, Johnson EK, Hillstead MB, Fario N, Asmyhr O, Weinstein P: Thinking about going to the dentist: a Contemplation Ladder to asses dentally-avoidant individuals' readiness to go to a dentist. *BMC Oral Health* 2011, 11:4
23. Newton Jt, Buck Dj. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc*; 131(10):1449-1457, 2000

24. Hafner, MB, Zanatta J, Rolim G, Moraes ABA. A Eficácia de Vídeo Informativo sobre Ansiedade em Pacientes Submetidos à Exodontia. *Psicol. pesq.*, 2013, 7(2):164-170.

Tabela 1. Frequências, porcentagens, intervalo de confiança ao nível de 95%, Razão de prevalência bruta e associação entre alta ansiedade frente ao tratamento odontológico e variáveis socioeconômicas, comportamentais e clínicas bucais pelo teste Qui-quadrado.

Variáveis		n	Ansiedade Frente ao tratamento Odontológico (alta ansiedade)		
			n (%)	RP Bruto (IC95%)	p
Intervalo entre consultas odontológicas	Intervalos regulares ou quando sente dor	164	71 (23,77%)	1,94 (1,51-2,49)	0,00*
	Intervalos regulares (até um ano)	366	87 (43,29%)	1	
Frequência de escovação diária	≤ 2 vezes ao dia	126	50 (39,68%)	1,47 (1,14-1,89)	0,00*
	> 2 vezes ao dia	404	108 (26,73%)	1	
Renda	≤ 3 salários	325	107 (32,92%)	1,36 (1,04- 1,78)	0,02*
	> 3 salários	203	51 (25,12%)	1	
Coesão familiar	Baixa coesão	256	83(32,42%)	1,27 (0,99-1,62)	0,05
	Alta coesão	274	75 (27,37%)	1	
Gênero	Feminino	286	93(32,51%)	1,26 (0,98-1,62)	0,06
	Masculino	244	65 (26,63%)	1	
Habitação	Não possui casa própria	176	60 (34,09%)	1,22 (0,95-1,57)	0,11
	Possui casa própria	345	93 (26,95%)	1	

* p<0,05

Tabela 2 – Associação ajustada entre variáveis socioeconômicas, comportamentais e clínicas bucais nos grupos polarizados de coesão familiar por meio da Regressão de Poisson em relação à ansiedade frente ao tratamento odontológico.

		Alta ansiedade frente ao Tratamento Odontológico				
		n	RP Bruto (IC95%)	p	RP ajustado (IC 95%)	p
Intervalo entre consultas odontológicas	Intervalos regulares ou quando sente dor	164	1,94 (1,51-2,49)	0,00*	1,91 (1,01-1,72)	0,000*
	Intervalos regulares (até um ano)	366	1,0			
Frequência de escovação diária	≤ 2 vezes ao dia	126	1,47 (1,14-1,89)	0,00*	1,31(1,44-2,41)	0,04*
	> 2 vezes ao dia	404	1,0			

*p<0,05

CAPÍTULO 3

Odontalgia associada a variáveis socioeconômicas, psicossociais e saúde bucal

Luale Leão Ferreira¹, Gustavo Antônio Martins Brandão², Gustavo Garcia¹, Ludmila Silva Tavares Costa¹, Glaucia Maria Bovi Ambrosado¹, Rosana de Fátima Possobon¹.

¹ Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Piracicaba, SP, Brasil.

² Faculdade de Odontologia - Universidade Federal do Pará, PA, Brasil.

Artigo publicado no periódico Revista Dor.

Endereço para correspondência:

Luale Leão Ferreira

Departamento de Odontologia Social.

Faculdade de Odontologia de Piracicaba, P.O. BOX 52

Universidade Estadual de Campinas -UNICAMP

13414-903, Piracicaba, SP, Brazil

E-mail: lualeleao@yahoo.com.br

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Knowing factors associated with dental pain is important to provide adequate intervention and attention to this major health care problem. This study aimed at understanding the prevalence of dental pain as reason for the most recent dental appointment among 15-year old adolescents and at checking its association with socioeconomic factors, behavioral variables and oral health.

METHOD: The probabilistic sample was made up of 592 students of 10 state schools. Dental pain variable was evaluated by questionnaires applied at the school. Clinical oral exam was performed according to World Health Organization's criteria and remaining variables were investigated by self-applicable questionnaires. Data were classified by the Excel program and Odds Ratio was used to associate variables.

RESULTS: From 592 participants, 33.44% have reported dental pain as reason for their most recent dental appointment. After statistical analysis, dental pain was associated with low income ($p = 0.04$), higher number of people living in the same home ($p < 0.01$), low frequency of daily tooth brushing ($p = 0.01$), long interval between dental appointments ($p < 0.001$), longer time elapsed since last dental appointment ($p < 0.001$), dental anxiety ($p < 0.01$), consumption of cariogenic food ($p = 0.03$), high dental caries experience ($p < 0.01$) and with the presence of untreated dental caries ($p < 0.001$).

CONCLUSION: Dental pain is related to dental caries experience and activity and to socioeconomic and psychosocial factors, showing the need for further attention to these conditions.

Keywords: Adolescent's behavior, Dental pain, Oral health, Social conditions.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: É importante conhecer os fatores associados à odontalgia para proporcionar uma adequada intervenção e atenção a este significativo problema dos serviços de saúde. O objetivo do estudo foi conhecer a prevalência de odontalgia como motivo de última consulta odontológica de adolescentes de 15 anos e verificar sua associação com fatores socioeconômicos, variáveis comportamentais e saúde bucal. **MÉTODO:** A amostra probabilística contou com 592 alunos de 10 escolas estaduais. A variável odontalgia foi avaliada por questionário aplicado em ambiente escolar. O exame clínico bucal foi realizado segundo critérios da Organização Mundial de Saúde e as demais variáveis foram investigadas utilizando questionários autoaplicáveis. Os dados foram tabulados no Excel e a associação entre as variáveis foram avaliadas utilizando *Odds Ratio*. **RESULTADOS:** Do total de 592 participantes, 33,44% dos adolescentes relataram a dor de origem dentária como motivo da última consulta odontológica. Após análise estatística, a odontalgia foi associada à baixa renda ($p = 0,04$), ao maior número de pessoas residentes no mesmo domicílio ($p < 0,01$), a baixa frequência de escovação diária ($p = 0,01$), ao alto intervalo entre consulta odontológica ($p < 0,001$), ao maior período de tempo em que se deu a última consulta odontológica ($p < 0,001$), à ansiedade odontológica ($p < 0,01$), ao consumo de alimentos cariogênicos ($p = 0,03$) à alta experiência de cárie ($p < 0,01$) e à presença de lesão cariosa não tratada ($p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** A odontalgia está relacionada com a experiência e atividade de cárie dentária e a fatores socioeconômicos e psicossociais, mostrando a necessidade de maior atenção com estas condições.

Descritores: Comportamento do adolescente, Condições sociais, Odontalgia, Saúde bucal.

INTRODUÇÃO

A dor orofacial de origem dentária ou odontalgia constitui tema pouco investigado em epidemiologia da saúde bucal e afeta proporções consideráveis de populações humanas, ocasionando sofrimento e dificuldades no desempenho das tarefas cotidianas¹.

A dor constitui tema de considerável significância para todos os envolvidos com os cuidados com a saúde e o adequado diagnóstico e manuseio são habilidades fundamentais na odontologia clínica, representando um desafio até para o profissional mais experiente². Para muitos indivíduos, a dor está intimamente ligada à odontologia, e muitas vezes, é a dor que motiva os pacientes a procurar o tratamento odontológico.

Apesar de a odontalgia acometer pessoas de diferentes estratos sociais, alguns estudos indicam maior prevalência de dor em indivíduos com maior vulnerabilidade individual e social³ sendo que o ambiente social pode estar relacionado direta ou indiretamente à dor dental¹.

Como a dor orofacial é um dos tipos mais comuns de dor, e a odontalgia a mais prevalente forma de dor orofacial², é necessário avaliar quais características sociais, econômicas, psicológicas e fatores da saúde bucal estão associadas à odontalgia, e estimar o quanto ela é responsável pela procura por tratamento odontológico.

O objetivo do presente estudo foi investigar a odontalgia como motivo de última consulta, e avaliar sua associação com variáveis socioeconômicas, psicossociais e saúde bucal.

MÉTODO

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp, protocolo nº 005/2010), e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa pelo responsável, foram incluídos estudantes de 15 anos de idade, provenientes de 10 escolas públicas estaduais de Piracicaba-SP. Para ser incluído no estudo, o aluno precisava ter 15 anos completos, estar matriculado em escola sorteada para a pesquisa e não apresentar doença sistêmica que pudesse ter relação com doença periodontal como leucemias, síndrome da imunodeficiência adquirida, deficiências quantitativas e qualitativas de neutrófilos.

A amostra foi probabilística por conglomerado. O sorteio foi realizado em dois estágios, sorteando-se primeiramente 10 dentre as 30 escolas estaduais da cidade e, em seguida, os alunos dentro das escolas selecionadas. A amostra foi calculada baseando-se no índice de cárie do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira de 2003 (SB Brasil 2003), o qual obteve, para a região sudeste, a média do índice de cárie que avalia dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) de 5,94, com desvio padrão de 4,66 em adolescentes de 15-19 anos. Como se trata de amostragem por conglomerados, o número obtido foi posteriormente multiplicado por 2, correspondente ao efeito do delineamento (design effect), considerando que o sorteio seria feito em 2 níveis, escola e aluno. Ao resultado encontrado foram acrescentados 20%, correspondentes as possíveis perdas. Para obter estimativa com 95% de confiança e erro amostral de 10%, o tamanho final da amostra foi de 568 indivíduos. Na regressão logística, o tamanho da amostra proporciona *odds ratio* detectável de 2, com poder de 0,80 e nível de significância de 5%^{4,5}.

Depois de obter a autorização da Secretaria Estadual de Educação do município e da direção de cada instituição, foram sorteados os voluntários. Os pesquisadores explicaram a finalidade e a natureza do estudo aos participantes, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa (TCLE) e o questionário socioeconômico foram enviados aos pais ou responsáveis. Após o consentimento de participação, os adolescentes preencheram os questionários, e em seguida foi realizado o exame clínico bucal. A variável dependente do estudo, odontalgia, foi investigada por questionário autoaplicável⁶. O questionário tem questões de múltipla-escolha, sendo permitido marcar somente uma alternativa.

Os alunos foram divididos em dois grupos segundo sua resposta à questão que investigava o motivo da última consulta odontológica. Essa questão tinha como alternativas os motivos de última consulta: dor, sangramento gengival, acidente/queda, dente cariado, revisão ou controle, retratamento e outro, alternativa aberta, para que o adolescente citasse o motivo. As respostas foram agrupadas em "dor", que englobava dor e cárie/dor, e "outros motivos", sendo que este último englobava acidente/queda, cárie, retratamento e motivos preventivos, revisão ou controle, incluindo tratamento ortodôntico.

Além dos indivíduos que referiram dor como motivo de última consulta, foram incluídos nesse grupo os que referiram cárie, como motivo de última consulta e que

afirmaram ter procurado atendimento odontológico somente em caso de dor, de acordo com a resposta à questão que investigou o intervalo entre as visitas ao dentista, que possibilitava as seguintes respostas: intervalo de seis em seis meses, uma vez ao ano, a cada dois anos ou só vai ao dentista na presença de dor.

O questionário socioeconômico utilizado, adaptado de estudo⁷, tinha por finalidade investigar aspectos econômicos e sociais, como renda mensal familiar, tipo de habitação, escolaridade do pai e da mãe e número de pessoas residentes na mesma casa, e era respondido pelos pais ou responsáveis. As respostas referentes a habitação foram dicotomizadas segundo a presença e ausência. A escolaridade dos pais foi classificada em dois grupos, segundo ciclos escolares vigentes: até oito anos de estudo, que corresponde ao ensino fundamental, e acima de nove anos de estudo, correspondendo ao ensino médio incompleto e completo. A renda mensal familiar foi dividida em até 2 e mais que 2 salários mínimos mensais e o número de pessoas residentes na mesma casa foi dicotomizado segundo sua mediana (4 pessoas residentes na mesma habitação). As variáveis psicossociais estudadas foram coesão e adaptabilidade familiar, ansiedade frente ao tratamento odontológico e comportamentos de saúde bucal. A coesão e adaptabilidade familiar foram avaliadas utilizando o questionário FACES III, validado para a população brasileira⁸. A ansiedade odontológica foi investigada utilizando a escala avaliativa DAS (*Dental Anxiety Scale*) adaptada transculturalmente⁹. As variáveis coesão e adaptabilidade familiar e ansiedade odontológica foram dicotomizadas pela mediana.

O questionário sobre os comportamentos de saúde bucal investigou aspectos da higiene bucal e como é a assiduidade às consultas odontológicas. As respostas às questões, frequência diária de escovação, intervalo entre consultas odontológicas e tempo em que se deu a última consulta foram dicotomizadas, respectivamente em: até 2 vezes ao dia e 3 ou mais vezes ao dia; 1 ou 2 vezes ao ano e menos de 1 vez ao ano; e em até 1 ano e mais que 1 ano.

O inventário sobre o consumo de alimentos em ambiente escolar avaliou a qualidade de alimentos consumidos na escola, que foram classificados segundo o consumo ou não de alimentos cariogênicos como doces, biscoitos e guloseimas.

Os questionários sobre as variáveis psicossociais foram respondidos pelo adolescente em ambiente escolar, sob supervisão dos pesquisadores sendo garantido o total sigilo das respostas.

Para a avaliação de cárie foi utilizado o índice CPO-D, que avalia a experiência de cárie do adolescente mediante a soma de número de dentes cariados (C), perdidos por cárie (P) e restaurados/obturados (O). A avaliação foi realizada sob luz natural, com o auxílio de espelho plano número 05 e sonda OMS, sem profilaxia prévia, seguindo recomendações da OMS. A experiência de cárie (CPO-D), a presença de lesão ativa de cárie (C), dente perdido (P) e restaurado/obturado (O) foram dicotomizadas segundo suas medianas. A avaliação da saúde gengival, que investigou o sangramento gengival, dicotomizada de acordo com a presença ou ausência de sangramento em mais de 2 sextantes.

Três examinadores foram previamente calibrados para o exame clínico odontológico por examinador de referência, padrão-ouro, com discussões teóricas e atividades práticas, sendo encontradas boas reprodutibilidades inter e intraexaminadores, $Kappa > 0,89$ e de $0,85$ a $1,00$, respectivamente.

Foi feita a análise descritiva dos dados. A associação entre a variável dependente dor de origem dentária e variáveis socioeconômicas, psicossociais e saúde bucal foi avaliada pelo teste *Odds Ratio*, com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Foram convidados para participar da pesquisa 725 adolescentes, sendo que 14,62% (n=106) se recusaram e 0,5% (n=4) foram excluídos por não satisfazerem os critérios de inclusão na amostra. Dessa forma, 615 adolescentes de 15 anos foram examinados, mas devido ao incompleto ou incorreto preenchimento do questionário abordando comportamento em saúde bucal, alternativas em branco ou com mais de uma alternativa marcada, 23 adolescentes foram excluídos da análise estatística. A amostra final, para análise estatística, consistiu em 592 indivíduos de ambos os gêneros.

Do total da amostra, 318 eram do gênero feminino e 274 do gênero masculino. Cerca de 4% da amostra (n=24) nunca foram atendidos em consulta com o cirurgião-dentista. O índice CPO-D encontrado na amostra foi 1,67 (DP = 2,21) e 138 voluntários (23,3%)

apresentaram lesão de cárie não tratada. Os componentes cariados, perdidos e obturados corresponderam a 28,6%, 4,2% e 67,2% do índice CPO-D, respectivamente.

Com relação à dor de origem dentária, 198 adolescentes (33,44%) foram classificados como "dor" ou "cárie/dor" para o motivo de última consulta odontológica.

A associação da variável dependente "dor de origem dentária como motivo de última consulta" a fatores socioeconômicos, psicossociais e saúde bucal, analisados pelo teste *Odds Ratio*, são apresentadas nas tabelas 1, 2 e 3, respectivamente.

A dor de origem dentária foi associada à baixa renda ($p = 0,04$), ao maior número de pessoas residentes no mesmo domicílio ($p < 0,01$), a baixa frequência de escovação diária ($p = 0,01$), à baixa frequência de consultas odontológicas ($p < 0,001$), ao maior período de tempo em que se deu a última consulta odontológica ($p < 0,001$), à ansiedade frente ao tratamento odontológico ($p < 0,01$), ao consumo de alimentos cariogênicos em ambiente escolar ($p = 0,03$), à alta experiência de cárie ($p < 0,01$) e à presença de lesão cariosa não tratada ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Ao estudar a associação de dor como motivo da última consulta com fatores socioeconômicos, psicossociais e saúde bucal, é possível identificar quais características da população são mais prevalentes de acordo com a condição dolorosa, visando otimizar as atividades socioeducativas e a intervenção em saúde. A associação de dor a variáveis psicossociais, como coesão familiar, é pouco explorada na literatura.

A prevalência de odontalgia encontrada pode ser considerada alta quando comparada ao achado de outro estudo¹⁰, porém os autores avaliaram a prevalência da dor de origem de maneira diferente a do presente estudo, avaliando a dor dentária apresentada nos 6 meses anteriores à investigação. Outro estudo¹¹ que avaliou, dentre outras variáveis, o motivo dor/cárie para última consulta odontológico em escolares de 12 anos, apresentou prevalência de dor e cárie similar aos achados do presente estudo.

A dor de origem dentária foi associada a fatores socioeconômicos, como a baixa renda mensal familiar e a alta concentração de pessoas no domicílio, indicando a vulnerabilidade social dos indivíduos acometidos pela odontalgia. Sabe-se, ainda, que a maioria dos estudos

brasileiros que investigam a dor de dente nos períodos infância e adolescência mostra a relação de um ou mais fatores socioeconômicos, como a renda per capita, a escolaridade dos pais ou da mãe e o tipo de escola, com a odontalgia¹². Deve-se destacar ainda que assim como os fatores socioeconômicos, os aspectos do contexto familiar na qual a dor de dente ocorre devem ser considerados para a implementação de medidas preventivas contra a dor dentária¹³.

A dor dentária foi mais prevalente dentre os adolescentes que apresentaram maior ansiedade frente ao tratamento odontológico. A presença da odontalgia pode implicar em quadro clínico mais grave, com a necessidade de procedimentos mais invasivos, que são mais ansiolíticos. Corroborando essa hipótese, estudo¹⁴ que investigou a relação entre ansiedade e dor dentária, evidenciou que 27,6% das pessoas que apresentaram medo esperam que sua próxima visita ao dentista seja devido a presença de dor ou de algum problema bucal, comparado a menos de 17% das pessoas menos temerosas. O presente estudo evidenciou que a dor foi associada a maiores intervalos entre consultas, evidenciando que dentre os adolescentes que relataram como motivo de última consulta a dor, há maior prevalência do comportamento de esquiva de consultar o cirurgião-dentista.

A odontalgia também foi associada a outros comportamentos em saúde bucal, como a frequência de escovação diária e o consumo de alimentos cariogênicos. Apesar da avaliação da ingestão de alimentos corresponder apenas ao período em que o adolescente está presente na escola, a alimentação na escola mostrou-se associada à dor, indicando a importância de observar a qualidade dos alimentos ingeridos. Além disso, adolescentes e crianças permanecem grande parte do seu dia em ambiente escolar, o que justifica a investigação da sua alimentação.

É conhecido que o consumo de alimentos cariogênicos faz parte da etiologia da cárie, e que a cárie é associada à dor. Não foi investigado se o consumo de alimentos cariogênicos seria restrito ao ambiente escolar, havendo a necessidade de avaliar como é a alimentação dos adolescentes, em diferentes horários e locais, além do ambiente familiar.

A dor como motivo para a última consulta odontológica foi associada à presença de lesão de cárie ativa e a experiência de cárie no adolescente, assim como os achados de outro estudo envolvendo adolescentes de 12 anos de escola pública¹⁵. Mesmo com o baixo índice

CPO-D encontrado, aproximadamente um terço dos adolescentes avaliados referiram dor ou cárie com dor como motivo de última consulta odontológica.

O presente estudo avaliou somente adolescentes de escolas públicas, o que pode ser considerado como uma limitação da pesquisa. A investigação das mesmas variáveis entre estudantes de escolas particulares poderia evidenciar resultados diferentes, devido à diversidade do contexto social no qual estão inseridos e a associação entre fatores socioeconômicos e dor.

Por ser estudo de caráter transversal, o presente trabalho não visa estabelecer relação causal entre dor e as variáveis independentes estudadas. É necessário enfoque longitudinal, analisando fatores clínicos, comportamentais, sociais e econômicos durante maior período de tempo, para o estabelecimento de possíveis relações causais entre as mesmas.

CONCLUSÃO

A odontalgia está relacionada com a experiência e atividade de cárie dentária e a fatores socioeconômicos e psicossociais, mostrando a necessidade de maior atenção com essas condições.

REFERÊNCIAS

1. Bastos JLD, Gigante DP, Peres KG, et al. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1611-21.
2. Conti PCR, Kogawa EM, Vedolin GM, et al. Diagnóstico diferencial das dores dentais. *Rev Dor*. 2006;7(3):845-53.
3. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(2):135-41.
4. Demidenko E. Sample size determination for logistic regression revisited. *Stat Med*. 2007;26(18):3385-97.
5. Demidenko E. Sample size and optimal design for logistic regression with binary interaction. *Stat Med*. 2008;27(1):36-46.
6. Lisboa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidem Serv Saude*. 2006;15(4):29-39.
7. Meneghim MC, Kozlowski FC, Pereira AC, et al. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Cien Saude Colet*. 2007;12(2):523-529.
8. Falceto OG, Busnell ED, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para a utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Pan Am J Public Health*. 2000;7(4):255-63.
9. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of Corah's dental anxiety scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depress Anxiety*. 2007;24(7):467-71.

10. Constante HM, Bastos JL, Peres KG, et al. Socio-demographic and behavioural inequalities in the impact of dental pain among adults: a population-based study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;1-9.
11. Cypriano S, Hugo FN, Sciamarelli MC, et al. Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência de cárie dentária. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2011;16(10):4095-106.
12. Freire MCM, Leles CR, Sardinha LMV, et al. Dor dentária e fatores associados em adolescentes brasileiros: a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Cad. Saúde Pública.* 2012; (28 Suppl):S133-45.
13. Boeira GF, Correa MB, Peres KG, et al. Caries Is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. *Caries Res.* 2012;46(5):488-95.
14. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health.* 2007;7(1):1-15.
15. Rihs LB, Cypriano S, Souza MLR, et al. Dor de dente e sua relação com a experiência de cárie em adolescentes. *Rev Gaúcha Odontol.* 2008;56(4):361-365.

Tabela 1. Prevalência de dor de origem dentária como motivo de última consulta odontológica em amostra de adolescente de 15 anos e sua associação com fatores socioeconômicos. Piracicaba, 2010.

Variável	Categorias	Total	Motivo Dor n (%)	Outros motivos n (%)	Odds Ratio		
					OR	IC95%	p
Gênero	Feminino	318	101 (31,76)	204 (64,15)	0,82	0,58-1,16	0,30
	Masculino	274	97 (35,40)	161 (58,75)			
Renda	≤2 salários	227	86 (37,88)	128 (56,38)	1,46	1,02-2,09	0,04*
	> 2 salários	352	105 (29,82)	229 (65,05)			
Grau de instrução pai	≤ 8 anos de	331	116 (35,04)	195 (58,91)	1,35	0,94-1,95	0,11
	> 8 anos de	238	70 (29,41)	160 (67,22)			
Grau de instrução mãe	≤ 8 anos de	315	116 (36,82)	183 (58,09)	1,40	0,98-2,01	0,07
	> 8 anos de	245	73 (29,79)	162 (66,12)			
Moradia	Não própria	197	73 (37,05)	115 (58,37)	1,28	0,89-1,85	0,20
	Própria	387	121 (31,26)	245 (63,30)			
Automóvel	Não possui	169	64 (37,86)	93 (55,02)	1,40	0,96-2,06	0,09
	Possui	416	131 (31,49)	268 (64,42)			
Pessoas na casa	Mais de 4	275	106 (38,54)	154 (56,00)	1,64	1,15-2,34	0,007*
	Menos de 4	307	89 (28,99)	206 (67,10)			

Tabela 2. Prevalência de dor de origem dentária como motivo de última consulta odontológica em amostra de adolescente de 15 anos e sua associação com variáveis psicossociais. Piracicaba, 2010.

Variável	Categorias	Total	Motivo Dor n (%)	Outros motivos n (%)	Odds Ratio		
					OR	IC95%	p
Higiene Bucal Diária	Menor igual 2x	142	58 (40,84)	73 (51,40)	1,66	1,11-2,49	0,01*
	> 2 vezes	448	138 (30,80)	290 (64,73)			
Tempo da última consulta Odontológica	Mais de 1 ano	160	73 (45,62)	85 (53,12)	1,95	1,34-2,86	0,0007*
	Até 1 ano	401	121 (30,17)	276 (68,82)			
Frequência de consultas	Mais de 1 ano	165	97 (58,78)	68 (41,21)	4,26	2,89-6,29	0,0000*
	Até 1 ano	369	92 (24,93)	275 (74,52)			
Coesão familiar	Baixa	300	110 (36,66)	173 (57,66)	1,39	0,98-1,97	0,07
	Alta	292	88 (30,13)	192 (66,09)			
Adaptabilidade familiar	Baixa	284	96 (33,80)	176 (61,97)	1,01	0,71-1,42	0,97
	Alta	308	102 (33,11)	189 (61,36)			
Ansiedade odontológica	Ansiosos	240	97 (40,41)	130 (54,16)	1,72	1,21-2,45	0,002*
	Não ansiosos	352	101 (28,69)	234 (66,47)			
Consumo de alimentos cariogênicos	Sim	407	150 (36,85)	243 (59,70)	1,56	1,05-2,31	0,03*
	Não	181	47 (25,97)	119 (65,74)			

Tabela 3. Prevalência de dor de origem dentária como motivo de última consulta odontológica em amostra de adolescente de 15 anos e sua associação com saúde bucal. Piracicaba, 2010.

Variável	Categorias	Total	Motivo Dor n (%)	Outros motivos n (%)	Odds Ratio		
					OR	IC95%	p
CPOD	>mediana	240	99 (41,25)	133 (55,41)	1,74	1,22-2,47	0,002*
	≤mediana (1)	353	99 (28,04)	232 (65,72)			
C (Cárie)	Presente	138	62 (44,92)	66 (47,82)	2,06	1,38-3,08	0,0005*
	Ausente (c = 0)	454	136 (29,95)	299 (65,85)			
P (Perdido)	Sim	27	15 (55,55)	12 (44,44)	1,72	0,79-3,77	0,23
	Não	565	183 (32,38)	253 (44,77)			
O (Obturado)	Presente	224	87 (38,83)	134 (59,82)	1,35	0,95-1,92	0,11
	Ausente (c = 0)	368	111 (30,16)	231 (62,77)			
Sangramento	Presente	109	48 (44,03)	61 (55,96)	1,30	0,85-2,00	0,26
	Ausente	432	154 (35,64)	256 (39,25)			

CONCLUSÃO

O presente trabalho se propôs estudar os fatores biopsicossociais que permeiam a vida do adolescente, investigando sua associação com variáveis clínicas bucais e socioeconômicas. Procurou-se avaliar tais variáveis, evidenciando a importância de uma abordagem integral, biopsicossocial de atenção e assistência, centrada no adolescente e em seu âmbito familiar.

Neste trabalho, a frequência de consultas odontológicas associou-se variáveis psicossociais a fatores socioeconômicos e a saúde bucal. A ansiedade odontológica associou-se a comportamentos relacionados à saúde bucal, indicando o papel da ansiedade na manutenção desses comportamentos. Já a dor como motivo para última consulta foi associada a fatores psicossociais, socioeconômicos e a saúde bucal.

Tais associações podem indicar que as variáveis comportamentais estudadas que permeiam o cuidado com a saúde bucal, associando-se variáveis econômicas e psicossociais, permitindo ampliar a compreensão de mediadores e indicadores do processo saúde-doença.

REFERENCIAS

1. Antunes JLF, Narvai PC, Nugent NZ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2004; 32: 41-8.
2. Barros Miotto MHM, Almeida CS, Barcellos LA. (2014). Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2014 19(9) 3931- 3940.
3. Boing AF, Bastos JL, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Determinantes sociais da saúde e cárie dentária no Brasil: revisão sistemática da literatura no período de 1999 a 2010. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17,102-115.
4. Buss, PM, Pellegrini-Filho, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2007, 17(1):77-93.
5. Camargo MBJ., Dumith SC., Barros AJD.. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública* 2009 25(9): 1894-1906.
6. Cangussu MCT, Castelhanos RA, Pinheiro MF, Albuquerque SR, Pinho C. Cárie dentária em escolares de 12 e 15 anos de escolas públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil, em 2001. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(4):379-84.
7. Carvalho RWF, Santos CNA, Oliveira CCC, Gonçalves SRJ, Novais SMA, Pereira MAS. Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011,16(1):1621-1628.
8. Carvalho RWF, Falcão PGCB, Campos GJL, Bastos AS, Pereira JC, Pereira MAS, Cardoso MSO, Vasconcelos BCE. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores predictores em brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(7):1915-1922.
9. Elderton RJ. Preventive (Evidence-Based) Approach to Quality General Dental Care. *Med Princ Pract* 2003;12(suppl 1):12–21.
10. Lisboa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidem Serv Saude* 2006; 15(4):29-39.

11. Paula, J. S., Leite, I. C. G., de Almeida, A. B., Ambrosano, G. M. B., & Mialhe, F. L. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC oral health* 2013;13(1), 10.
12. Peres, MA., Latorre, MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, Victora CG. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2003, 6(4), 293-306.
13. Pereira SM, Tagliaferro EPS, Ambrosano GMB, Cortellazzi KL, Meneghim MC, Pereira AC. Dental caries in 12-year-old Schoolchildren and its relationship with socioeconomic and behavioural variables. *Oral Health & preventive dentistry*, 2007; 5 (4): 299-306.
14. Shinkai, RSA & Cury AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad. Saúde Pública*, 2000, 16(4), 1099-1109.

APÊNDICE 01

Questionário Socioeconômico

1. SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA (Renda familiar mensal)

- A. () até R\$465,00
- B. () de R\$465,00 a R\$930,00
- C. () de R\$931,00 a R\$1395,00
- D. () de R\$1395,00 a R\$ 2325,00
- E. () de R\$2326,00 a R\$ 3255,00
- F. () de R\$ 3256,00 a R\$4650,00
- G. () Acima de R\$4650,00

2. NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA (Residentes na mesma casa)

- A () Até 2 Pessoas B () 3 Pessoas C () 4 Pessoas D () 5 Pessoas
- E () 6 Pessoas F () Acima 6 Pessoas

3. GRAU DE INSTRUÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL

- | Pai ou responsável | MÃE |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| A. () NÃO ALFABETIZADO | () NÃO ALFABETIZADO |
| B. () ALFABETIZADO | () ALFABETIZADO |
| C. () 1ª e 4ª série incompleta | () 1ª e 4ª série incompleta |
| D. () 1ª e 4ª série completa | () 1ª e 4ª série completa |
| E. () 5ª e 8ª série incompleta | () 5ª e 8ª série incompleta |
| F. () 5ª e 8ª série completa | () 5ª e 8ª série completa |
| G. () 2º grau incompleto | () 2º grau incompleto |
| H. () 2º grau completo | () 2º grau completo |
| I. () Superior incompleto | () Superior incompleto |
| J. () Superior completo (Faculdade) | () Superior completo (Faculdade) |

4. HABITAÇÃO (Moradia)

- A. () Residência própria quitada
- B. () Residência própria com financiamento a pagar
- C. () Residência cedida pelos pais ou parentes
- D. () Residência cedida em troca de trabalho
- E. () Residência alugada
- F. () Residência cedida por não ter onde morar

5. POSSE DE AUTOMÓVEL:

- () Não possui
- () Possui 1 automóvel
- () Possui 2 ou mais automóveis

Meneghim et al (2007)

APÊNDICE 03

Questionário Avaliação do comportamento de Higiene Oral

Você limpa os dentes?

sim não

Com o que limpa?

escova de dentes pasta dental fio dental

Quantas vezes por dia escova?

1 vez ao dia 2 vezes ao dia 3 vezes ao dia 4 vezes ao dia

mais de 4 vezes ao dia;

Já foi ao consultório do dentista?

sim não;

Quando foi a última vez que foi ao dentista?

1 a 2 meses atrás mais de 3 a menos de 6 meses atrás

mais de 6 meses a menos de 1 ano atrás 1 a 3 anos atrás

mais de 3 anos atrás);

Qual o principal motivo da consulta ao dentista?

dor de dente acidente, queda ou pancada na boca

dente cariado sangramento das gengivas revisão ou controle para

refazer tratamentos outro motivo, qual? _____

De quanto em quanto tempo vai ao dentista?

de 6 em 6 meses 1 vez ao ano a cada 2 anos só vou ao dentista

Lisboa & Abegg (2006)

APÊNDICE 04

Questionário de Ansiedade Frente ao Tratamento Odontológico **Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) - Versão em Português**

1) Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?

- a) Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável.
- b) Eu não me importaria.
- c) Eu me sentiria ligeiramente desconfortável.
- d) Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor.
- e) Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria.

2) Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

3) Quando você está na cadeira odontológica esperando que o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sentiria?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

4) 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?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

Corah et al (1978); Hu et al (2007)

APÊNDICE 05

Questionário de alimentação em ambiente escolar

Assinale a alternativa que para você é verdadeira:

1. O lanche que você come na hora do intervalo vem de onde?

- a) merenda da escola () nunca () 1 x/semana () 2 x/semana () 3 x/semana
() 4 x/semana () 5 x/semana
- b) cantina da escola () nunca () 1 x/semana () 2 x/semana () 3 x/semana
() 4 x/semana () 5 x/semana
- c) lanche de casa () nunca () 1 x/semana () 2 x/semana () 3 x/semana
() 4 x/semana () 5 x/semana
- d) não come lanche.

2. Na cantina, o que geralmente você compra?

- () salgadinho chips () suco
() salgado frito ou assado () água
() bolacha doce recheada () leite
() bolacha salgada () refrigerante
() lanche natural () chá
() bolo/torta doce
() fruta
() chocolate/pipoca doce
() bala/chiclete/pirulito

3. Da sua casa, o que geralmente você traz para comer na escola?

- () salgadinho chips () suco
() salgado frito ou assado () água
() bolacha doce recheada () leite
() bolacha salgada () refrigerante
() lanche natural () chá
() bolo/torta doce
() fruta
() chocolate/pipoca doce
() bala/chiclete/pirulito

APÊNDICE 06



Projeto de Pesquisa: Epidemiologia de Cárie Dental, Doenças Periodontais, Més-Oclusões e Hábitos Buciais Deletérios e suas correlações com variáveis Psicossociais em escolas da cidade de Piracicaba - SP

INSTITUIÇÃO: LAM/LAB PERIODONTIA/UNESP/BOCAÍTO/UNESP/PIRACABA

ESPECIALIDADE: _____

DATA DO EXAME: _____

FOLHA Nº _____

IDENTIFICAÇÃO

Ficha de Exame

Nome:	Turma:	Período:
Matrícula:	Nascimento:	Sexo:

AVALIAÇÃO DE CÁRIE DENTÁRIA C: _____ P: _____ O: _____ CPD: _____

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

AVALIAÇÃO CONDIÇÃO PERIODONTAL e IHOS

	16V	11V	26V	31V	31V	46V
INFLAMAÇÃO	<input type="checkbox"/>					
INDÍCIO (0-3)	<input type="checkbox"/>					
CÍRCULO (0-3)	<input type="checkbox"/>					

AVALIAÇÃO DA OCLUSÃO

Tratamento aparelho ortodôntico utilizado este exame: SIM NÃO Em tratamento

DAI	DENTIÇÃO		OCCLUSÃO	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16	16	16	16
	16	16	16	16
ESPAÇO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apinhamento anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espaçamento anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dielasma anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desalinhamento anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desalinhamento posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mésclo superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mésclo inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ICOM

ESPAÇOS	VERTICAL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16V	16V

IOTN

<p>RELACIONAMENTO MOLAR: <input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III</p> <p>SOBRESVALÊNCIA BUCAL:</p> <p>GRAU 2: 1,5 - 5 mm (sem compensação labial)</p> <p>GRAU 3: 3,5 - 5 mm (sem compensação labial)</p> <p>GRAU 4: 6 - 9 mm</p> <p>GRAU 5: > 9 mm</p> <p>SOBRESVALÊNCIA MEXILAR:</p> <p>GRAU 2: 0 a 1 mm</p> <p>GRAU 3: 1 a 3,5 mm</p> <p>GRAU 4: > 3,5 mm (sem dificuldade mastigatória ou de fala)</p> <p>GRAU 5: 1 a 3,5 mm (sem dificuldade mastigatória ou de fala)</p> <p>GRAU 6: > 3,5 mm (sem dificuldade mastigatória ou de fala)</p> <p>SOBRESVALÊNCIA ENDERGICA:</p> <p>GRAU 2: > 1,5 mm (sem contato gengival)</p> <p>GRAU 3: Completo, sem trauma</p> <p>GRAU 4: Completo, sem trauma</p>	<p>MÉSCLO ANTERIOR: GRAU 2: 1 - 2 mm</p> <p>MÉSCLO POSTERIOR: GRAU 2: 2 - 4 mm</p> <p>GRAU 3: 4 - 6 mm</p> <p>APINHAMENTO: GRAU 2: 1 - 2 mm</p> <p>GRAU 3: 2 - 4 mm</p> <p>GRAU 4: 4 - 6 mm</p> <p>MÉSCLO CRUZADO ANTERIOR: GRAU 2: 1 mm</p> <p>MÉSCLO CRUZADO POSTERIOR: GRAU 3: 1 - 2 mm</p> <p>GRAU 4: > 2 mm</p> <p>GRAU 5: BCP (seguinte)</p> <p>AUTISMIA OCLUSAL: GRAU 3: 0 a 1 ponto baseado no quadrante</p> <p>GRAU 4: 1 a 4 pontos baseado em qualquer um dos quadrantes</p>
---	---

Perda total da polpa: GRAU 3

Declínio da dentina na aquisição: GRAU 3

Erupção impedida por apinhamento, má posição, espaço, declínio dentário e prótese: GRAU 4

Dente parcialmente erupcionado, inclinado ou impactado contra os adjacentes: GRAU 4

Superfície dentária: GRAU 4

Oclusão pré-molar ou pré-molar com outras alterações: GRAU 2

Maloclusão parcial, incluindo apinhamento: GRAU 1

1. Você está satisfeito(a) com a aparência dos seus dentes? muito satisfeito satisfeito insatisfeito muito insatisfeito

2. Você acha que você precisa colocar aparelho nos dentes? definitivamente não talvez que não talvez que sim definitivamente sim

3. Porquê? _____

APÊNDICE 07



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Convidamos você a participar da nossa pesquisa: "Epidemiologia de Cárie Dental, Doenças Periodontais, Más-Oclusões e Hábitos Bucais Deletérios e suas correlações com variáveis Psicossociais em escolares da cidade de Piracicaba"

As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, Prof. Dra. Rosana de Fátima Possobon e pelos alunos de pós-graduação Gustavo Antônio Brandão (doutorado), Gustavo Garcia (doutorado) e Luale Leão Ferreira (mestrado) para convidar e firmar acordo consentimento livre e esclarecido, através do qual você autoriza a participação de seu filho (a), com total conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre-arbítrio e livre de qualquer coação, podendo desistir quando quiser.

JUSTIFICATIVA

Estudos para conhecer a ocorrência de doenças e condições bucais na população são de grande importância. O conhecimento do estado dos dentes do seu filho(a) pode ajudá-lo a buscar tratamento antes que o problema se torne mais grave. Além disso, estes estudos também fornecem informações para a criação de programas educativos e planejamento que dão assistência à saúde da boca, trazendo benefícios para toda a população.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é conhecer a ocorrência de cárie dentária, doença da gengiva e problema na posição dos dentes em estudantes com 15 anos de idade, da cidade de Piracicaba (SP).

METODOLOGIA

- Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, seu filho(a) será considerado voluntário. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário. Você responderá, em seguida, a um questionário sócio-econômico.
- Para participar da pesquisa, seu filho(a) responderá a 7 questionários simples sobre ansiedade diante o tratamento odontológico, hábito de fumar, hábitos de higiene oral, coesão e adaptabilidade familiar, auto-estima, impacto das más-oclusões (mordida) na qualidade de vida e alimentação nas escolas. As respostas ficarão sobre a responsabilidade da pesquisadora principal e você terá garantia de sigilo em relação às respostas emitidas. No final do ano letivo, o rendimento escolar do aluno e a média do rendimento de sua sala serão considerados para a pesquisa, sem, contudo, revelar a identidade do aluno.
- Seu filho(a) passará por um exame de sua boca, avaliando seus dentes e gengiva. Seu filho será avaliado quanto à cárie, doença da gengiva e problema na posição dos dentes. Esse exame será também mantido em segredo e guardado com pesquisadora responsável. Caso seja necessário, seu filho receberá uma carta para procurar tratamento.

POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO EM GRUPO CONTROLE/PLACEBO

Não haverá grupo controle e placebo neste estudo.

MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA OBTENÇÃO DA INFORMAÇÃO

Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

DESCRIÇÃO CRÍTICA DOS DESCONFORTOS E RISCOS PREVISÍVEIS

Você passará por um exame de seus dentes e sua gengiva, realizado em local separado e utilizando materiais esterilizados, que causam leve incômodo. O instrumental apresenta ponta arredondada para não causar nenhum tipo de dano ou machucado. Este exame será realizado em sala separada, evitando qualquer tipo de constrangimento por parte dos voluntários. Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS E VANTAGENS DIRETAS AO VOLUNTÁRIO

Como benefício, o paciente receberá, através da pesquisa, avaliação de cárie, doenças da gengiva e problemas na mordida, possibilitando o diagnóstico precoce de possíveis problemas existentes. O adolescente que estiver com algum problema receberá uma carta por escrito para procurar tratamento indicado. Além disso, você estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA AO SUJEITO

Os pesquisadores responsáveis acompanharão seu filho e darão assistência durante a pesquisa ou quando você solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

FORMA DE CONTATO COM A PESQUISADORA E COM O CEP

Para entrar em contato com os pesquisadores:

Você terá contato direto com os pesquisadores Gustavo Brandão (19) 8216-8679, Luale Leão Ferreira (19) 8818-2536 ou pebs e-mail gb_net@hotmail.com, lualeleao@yahoo.com.br.

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP:13414-903, Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: cep@fop.unicamp.br; site: www.fop.unicamp/cep.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. Os pesquisadores também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

GARANTIA DE RECUSA À PARTICIPAÇÃO OU SAÍDA DO ESTUDO

Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição não perderá o direito ao tratamento na Unidade de Saúde da Família.

GARANTIA DE SIGILO

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO

Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto a pesquisa será realizada em horário onde o usuário estará na unidade de saúde para consulta, após a realização da mesma, e, portanto, você não terá gastos para participar da pesquisa.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO E/OU REPARAÇÃO DE DANOS

Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam os pesquisadores responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Consentimento:

Eu, _____,
RG n _____ responsável pelo aluno(a) _____,
certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pelos pós-graduandos Gustavo Antônio Brandão e/ou Luale Leão Ferreira, pesquisadores responsáveis na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa "Epidemiologia de Cárie Dental, Doenças Periodontais, Más-Oclusões e Hábitos Bucais Deletérios e suas correlações com variáveis Psicossociais em escolares da cidade de Piracicaba". E recebi uma cópia deste documento.

Piracicaba, _____ de _____ de 2010.

Nome: _____ RG. _____

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador: _____



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Epidemiologia de cárie dental, doenças periodontais, más-odusões e hábitos bucais deletérios e suas correlações com variáveis psicossociais em escolares da cidade de Piracicaba**", protocolo nº 005/2010, dos pesquisadores Luale Leão Ferreira, Gustavo Antonio Martins Brandão, Gustavo Garcia, Marcelo de Castro Meneghim e Rosana de Fátima Possobon, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 10/02/2010.

The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project "**Epidemiology of dental caries, periodontal diseases, malocclusion and oral habits and their correlations with psychosocial variables in students in Piracicaba - SP**", register number 005/2010, of Luale Leão Ferreira, Gustavo Antonio Martins Brandão, Gustavo Garcia, Marcelo de Castro Meneghim and Rosana de Fátima Possobon, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee on Feb 10, 2010.

Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Anexo 2

Physis Revista de Saúde Coletiva

Preview (PHYSIS-2015-0022)

From: publicacoes@ims.uerj.br

To: lualeleao@gmail.com

CC: lualeleao@gmail.com, gbbrandao@ufpa.br, glaucia@fop.unicamp.com.br, possobon@unicamp.com.br

Subject: Physis Revista de Saúde Coletiva - Manuscript ID PHYSIS-2015-0022

Body: 28-Jan-2015

Dear Miss Ferreira:

Your manuscript entitled "Ansiedade frente ao tratamento odontológico associada a variáveis socioeconômicas, comportamentais e saúde bucal" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Physis Revista de Saúde Coletiva.

Your manuscript ID is PHYSIS-2015-0022.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/physics-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/physics-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Physis Revista de Saúde Coletiva.

Sincerely,
Physis Revista de Saúde Coletiva Editorial Office

Date Sent: 28-Jan-2015

Anexo 3

#146421 Avaliação

Submissão

Autores	Luale Leão Ferreira, Gustavo Antônio Martins Brandão, Glaucia Maria Bovi Ambrosado, Rosana Fátima Possobon, Ludmila Tavares Costa-Ercolin, Luisa Helena do Nascimento Tórres, Maria Paula Maciel Rando Meirelles 
Título	Utilização de serviço odontológico e saúde bucal: associação com variáveis psicossociais e socioeconômicas
Seção	Artigos Originais
Editor	Christiane Teixeira 

Avaliação

Rodada 1

Versão para avaliação	146421-724532-2-RV.PDF 2015-03-11
Iniciado	—
Última alteração	—
Arquivo enviado	Nenhum(a)

Decisão Editorial

Decisão	—
Notificar editor	 Comunicação entre editor/autor  Sem comentários
Versão do editor	Nenhum(a)
Versão do autor	Nenhum(a)
Transferir Versão do Autor	<input type="button" value="Escolher arquivo"/> Nenhum arquivo selecionado <input type="button" value="Transferir"/>