

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

MARIÉL DE AQUINO GOULART

INQUÉRITO DE SAÚDE BUCAL E SUA RELAÇÃO COM PRÁTICAS EDUCATIVAS  
PARENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO SUL DO BRASIL

Porto Alegre  
2016

MARIÉL DE AQUINO GOULART

INQUÉRITO DE SAÚDE BUCAL E SUA RELAÇÃO COM PRÁTICAS EDUCATIVAS  
PARENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO SUL DO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade  
de Odontologia da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, como requisito parcial para  
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Porto Alegre  
2016

CIP - Catalogação na Publicação

Goulart, Mariél de Aquino  
Inquérito de saúde bucal e sua relação com  
práticas educativas parentais em crianças e  
adolescentes no Sul do Brasil. / Mariél de Aquino  
Goulart. -- 2016.  
52 f.

Orientador: Roger Keller Celeste.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,  
BR-RS, 2016.

1. Odontologia. 2. Cárie dentária. 3.  
Negligência. 4. Maus-tratos infantis. 5. Interação  
pais-filho. I. Celeste, Roger Keller, orient. II.  
Título.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos amigos de luz, que me guiaram durante todo este percurso, mantendo minha serenidade.

À minha família, em especial aos meus pais, Toni e Janete, pelo apoio e suporte incondicional durante a execução deste trabalho, durante a minha formação e durante toda minha vida. Sem vocês, nem metade dos meus sonhos teriam se concretizado. Vocês são meus exemplos e eu amo muito vocês. Ao meu irmão, Marcel, pelo companheirismo e suporte, em todos os momentos, inclusive nos que mais precisei. Obrigada também por toda ajuda com o meu trabalho de conclusão, pois só com teu auxílio eu teria conseguido terminar este trabalho a tempo. À minha irmã, Miúriel, pelas incontáveis caronas durante a minha faculdade, pelas conversas e pelos auxílios desde quando vim morar em Porto Alegre. Sem você, a minha vinda para cá teria sido muito mais difícil. Obrigada por tudo, amo vocês.

Ao meu namorado, Lucas, pela compreensão das minhas faltas durante este período (e que não foram poucas), além do suporte e carinho, mesmo à distância. Te amo.

Aos meus amigos, sejam de infância, de percurso ou de faculdade, vocês fazem a minha vida mais alegre, mais feliz e mais completa. Obrigada por estarem sempre disponíveis para mim e fazerem a minha trajetória mais leve.

A Faculdade de Odontologia da UFRGS, por disponibilizar os materiais de consumo da pesquisa, e àqueles que me emprestaram os instrumentais para realização dos exames.

À mestrandia Édina, por me ajudar no planejamento logístico de toda coleta de dados, bem como na realização deste. Tua participação foi essencial.

A todos os pais, crianças e adolescentes de Pejuçara que participaram da pesquisa. Bem como aos diretores, professores e funcionários de ambas as escolas, que me receberam e facilitaram, e muito, a execução do meu trabalho. À Ionara, que além de ter sido minha alfabetizadora, foi essencial na comunicação com os alunos. À Prefeitura Municipal de Pejuçara, principalmente ao Secretário Municipal de Saúde de Pejuçara, Erasmo, pelo apoio na logística e realização deste trabalho. À dentista Francieli, a auxiliar de saúde bucal Itamara, às agentes comunitárias de saúde Fabiele e Angelita, pelo apoio nos exames e coleta de dados.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Roger Keller Celeste, por ter acreditado em mim e no meu potencial, ainda no primeiro semestre da graduação. Obrigada pela paciência, pelo suporte e, principalmente, pela confiança no meu trabalho. És um professor único por ser dedicado ao que

faz e sempre disponível. És um exemplo para mim, teus ensinamentos foram essenciais na minha formação, e sou muito grata por poder trabalhar contigo há 6 anos. Se um dia eu for metade do professor que tu és, já serei muito feliz. Muito obrigada.

Ao Prof. Dr. Renato De Marchi, que também me orientou nesses últimos dois anos de Faculdade, se disponibilizando a me ensinar um pouco da pesquisa qualitativa e que, agora, é um diferencial na minha formação.

Aos demais professores, pacientes e colegas que, de alguma forma, contribuíram na minha formação.

Ao CNPq, por financiar minha bolsa de Iniciação Científica no início da graduação, bem como minha bolsa do Ciências sem Fronteiras. À FAPERGS pelo financiamento da minha bolsa de Iniciação Científica ao final da graduação.

## RESUMO

GOULART, Mariél de Aquino. **Inquérito de saúde bucal e sua relação com práticas educativas parentais em crianças e adolescentes no Sul do Brasil**. 2016. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Falta de acesso a serviços de saúde pode levar a uma seqüela maior, a qual, na odontologia, é representada pela perda dentária e edentulismo. Mas é na família que se iniciam os cuidados em saúde. Por isso, este trabalho justifica-se na inexistência de estudos a nível populacional que relacionem as práticas educativas parentais e saúde bucal de crianças e adolescentes, assim como no fato do município de Pejuçara (RS) não conhecer as condições de saúde bucal dos seus escolares (crianças e adolescentes) em inquéritos epidemiológicos. O objetivo deste trabalho foi realizar um inquérito sobre a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes entre nove e 18 anos, na cidade de Pejuçara e explorar a relação entre a condição de saúde bucal e práticas educativas parentais. Este estudo foi de natureza quantitativa observacional descritiva do tipo transversal. Foram convidadas a participar todas as crianças e adolescentes de 9 a 18 anos matriculadas nas duas escolas do município, ambas públicas. Os exames realizados incluíram avaliação de carie dentária em coroa (CPO-D e ceo-d), doença periodontal (CPI), traumatismo dentário (fratura dentária e avulsão) e foram realizados por examinadores treinados e calibrados. Um questionário socioeconômico foi enviado aos pais, junto com o termo de consentimento. Um questionário sobre experiência e utilização de serviços odontológicos foi realizado com as crianças e adolescentes, após a assinatura do termo de assentimento. Uma psicóloga aplicou o Inventário de Estilos Parentais para descrição das práticas educativas parentais. Para análise estatística utilizou-se o *software R*. A taxa de resposta foi de 80,8% (n=329). A maioria dos respondentes (n=189) era do sexo feminino, a idade média foi de 13 anos (variando de 9 a 21 anos) e com residência localizada na zona urbana de Pejuçara (n=217). Quase um terço da população (n=104) recebia entre meio e um salário mínimo (R\$440,00 a 880,00) por pessoa na unidade familiar. A média de dentes cariados, perdidos ou obturados em toda a população é de 1,4 dentes (abrangendo tanto dentes decíduos como dentes permanentes). A população de Pejuçara apresenta uma melhor saúde bucal se comparada a população brasileira, porto alegreense e do interior da região sul, conforme os dados do SB Brasil 2010. Há uma diferença significativa entre o número de dentes cariados para crianças com mães em estilo parental de risco segundo a prática de abuso físico (p-valor<0,03), disciplina relaxada (p-valor <0,03) e monitoria positiva (p-valor<0,01). Desta forma, entende-se que a saúde bucal da criança tem relação com o ambiente sócio-emocional familiar, bem como as práticas realizadas pelos seus pais durante o processo de educação da criança. As falhas existentes durante este processo podem desencadear efeitos deletérios na saúde e comportamento dos indivíduos e devem ser identificadas precocemente para permitir um adequado desenvolvimento infantil. Com base em nossos resultados, futuras pesquisas nessa área deveriam focar na compreensão do efeito em longo prazo das práticas parentais, bem como de possíveis intervenções nas famílias de risco.

Palavras-chave: Odontologia. Cárie dentária. Negligência. Maus-tratos infantis. Interação pais-filho.

## ABSTRACT

GOULART, Mariél de Aquino. **Oral health inquiry and its relation with parental educational practices in children and teenagers in South Brazil.** 2016. 52 p. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Lack of access to health services can lead to a major sequel represented by tooth loss and edentulism in Dentistry. It is in the family that health behaviour start. Therefore, this work justify itself on the inexistence of population based studies about educative practices of parents and its relation with children's oral health. In addition, the city of Pejuçara (RS) does not know the oral health condition of its students from inquiries. The objective of this study was to make an oral health inquiry of children and teenagers from 9 to 18 years in Pejuçara and explore the relation of oral health condition and parents educative practices. This study was of quantitative descriptive cross-sectional nature. All children and teenagers of 9 to 18 years enrolled on any (of two) schools of the city were invited to participate. Both schools are public. The oral examination included evaluation of decayed crown (CPOD and ceod), periodontal disease (CPI), dental trauma (dental fraction and avulsion) and were performed by trained and calibrated examiners. A socioeconomic questionnaire was sent to the parents with a consent term. After signing an assent term, the children answered a questionnaire about experience and use of dental services. A psychologist applied the Parenting Styles Inventory to describe the educational practice of the parents. Software R was used to statistical analysis. The response rate was 80.8% (n=329). Most of the participants (n=189) were female, mean of age was 13 years (from 9 to 21 years), residence located on urban zone of Pejuçara (n=217). Almost one third of population (n=104) received between half and one minimum wage (R\$440.00 to 880.00) per person on family unit. The mean of decayed, missing or filled teeth of all population is 1.4 teeth (including both deciduous and permanent teeth). The population of Pejuçara has a better oral health than Brazilian population according to previous studies (SB Brazil 2010). There is a significant difference between number of decayed teeth of children with mothers in parental risk style according to the practice of physical abuse (p-value<0.03), relaxed discipline (p-value<0.03) and positive monitoring (p-value<0.01). Children's oral health has relation with family social and emotional environment as well as the practices performed by their parents during the educational process of the child. Failures during this process can trigger deleterious effects on the health and behavior of individuals which should be identified early to allow allow the child development. Based on our findings, future research in this area should focus on understand the long-term effect of parental practices as well as possible interventions in families at risk.

Keywords: Dentistry. Dental caries. Negligence. Child abuse. Parent-child relations.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distância entre Pejuçara e Porto Alegre. ....	18
Gráfico 1 - Número de dentes cariados por escore de monitoria positiva materna (esquerda) e paterna (direita).....	39
Gráfico 2 - Número de dentes cariados por escore de comportamento moral materno (esquerda) e paterno (direita). ....	40
Gráfico 3 - Número de dentes cariados por escore de punição inconsistente materna (esquerda) e paterna (direita).....	41
Gráfico 4 - Número de dentes cariados por escore de negligência materna (esquerda) e paterna (direita). ....	42
Gráfico 5 - Número de dentes cariados por escore de disciplina relaxada materna (esquerda) e paterna (direita).....	43
Gráfico 6 - Número de dentes cariados por escore de monitoria negativa materna (esquerda) e paterna (direita).....	44
Gráfico 7 - Número de dentes cariados por escore de abuso físico materno (esquerda) e paterno (direita). ....	45
Figura 2 - Notícia veiculada no site da cidade de Pejuçara. 2016. ....	52

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de crianças e adolescentes por faixa etária em Pejuçara. 2012. ....	16
Tabela 2 - Média de dentes cariados, de obturados, de CPO e desvios-padrão (dp) por sexo, idade, renda familiar equivalente, local de moradia e frequência de visita odontológica. Pejuçara, 2016. ....	21
Tabela 3 - Média de dentes cariados, de obturados, de CPO e desvios-padrão (dp) por faixa etária em Pejuçara e no SB Brasil 2010. ....	22
Tabela 4 - Média de dentes cariados, de obturados e cariados, perdidos e obturados (CPO) com desvios padrão (dp) em relação ao estilo parental em Pejuçara, RS. 2016. ....	24
Tabela 6 - Valor de alpha por questão do Inventário de Estilos Parentais materno. ....	46
Tabela 7 - Valor de alpha por pergunta do Inventário de Estilos Parentais paterno. ....	47
Tabela 8 - Valor de alpha por domínio do Inventário de Estilos Parentais. 2016. ....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Abuso físico
ceo-d	Dentes decíduos cariados, extraídos ou obturados
CM	Comportamento moral
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO	Dentes decíduos e permanentes cariados, perdidos ou obturados
CPO-D	Dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados
dp	Desvio padrão
DR	Disciplina relaxada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP	Inventário de Estilos Parentais
mat	Materno
MN	Monitoria negativa
MP	Monitoria positiva
NE	Negligência
OMS	Organização Mundial de Saúde
pat	Paterno
PI	Punição Inconsistente
SB Brasil	Inquérito Epidemiológico de Saúde Bucal Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
2.1	OBJETIVO PRINCIPAL .....	12
2.2	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	12
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>13</b>
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	13
3.2	POPULAÇÃO ALVO .....	13
3.3	LOCAL DO ESTUDO .....	13
3.4	COLETA DE DADOS .....	13
<b>3.4.1</b>	<b>Exames Clínicos</b> .....	<b>13</b>
<b>3.4.2</b>	<b>Questionário para os pais ou responsável</b> .....	<b>14</b>
<b>3.4.3</b>	<b>Questionário para as crianças e adolescentes</b> .....	<b>14</b>
3.5	PROCEDIMENTOS AMOSTRAIS .....	15
3.6	ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS .....	16
3.7	PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS .....	17
3.8	ASPECTOS ÉTICOS .....	17
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>18</b>
4.1	DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO .....	18
4.2	DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL .....	19
4.3	INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS .....	22
4.4	RELAÇÃO ENTRE PRÁTICAS PARENTAIS E SAÚDE BUCAL .....	23
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>29</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE A – CAPA DO MANUAL DE CAMPO.....</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARENTAL.....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO.....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE F – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE MONITORIA POSITIVA E CÁRIE.....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICE G – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE COMPORTAMENTO MORAL E CÁRIE .....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE H – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE PUNIÇÃO INCONSISTENTE E CÁRIE.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE I – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE NEGLIGÊNCIA E CÁRIE .....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICE J – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE DISCIPLINA RELAXADA E CÁRIE.....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE K – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE MONITORIA NEGATIVA E CÁRIE .....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE L – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE ABUSO FÍSICO E CÁRIE .....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE M - VALOR DE ALPHA POR QUESTÃO DO INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS MATERNO. ....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE N - VALOR DE ALPHA POR PERGUNTA DO INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS PATERNO. ....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE O - VALOR DE ALPHA POR DOMÍNIO DO INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS. 2016. ....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO A – INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO B – NOTÍCIA VEICULADA NO SITE DA CIDADE DE PEJUÇARA.....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo parte do princípio que a cárie ainda é uma doença que acomete uma parcela considerável da população brasileira, demandando estudos para identificação de fatores predisponentes e ampliação de estratégias de enfrentamento. Devido ao caráter cumulativo desta condição e dos índices que costumam ser utilizados para aferi-la – CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) e ceod (dentes decíduos cariados, extraídos e obturados) -, observa-se aumento na média de dentes acometidos conforme a idade. Segundo o inquérito epidemiológico de Saúde Bucal de 2010 (SB Brasil) (BRASIL, 2009), aos 12 anos, 43,5% das crianças apresentam-se livres de cárie no Brasil. Este valor representa um aumento de aproximadamente dez pontos percentuais e comparado ao inquérito de 2003 (BRASIL, 2004) enquanto que a média do componente cariado (não tratado) foi de 1,21 dentes, representando uma redução de aproximadamente 25,0% se comparado a 2003. Em adolescentes, a média de dentes afetados por cárie foi de 4,25 dentes em 2010 com redução de 35,0% do componente cariado em relação a 2003 (de 2,60 dentes para 1,70). Estes dados permitem assumir que há necessidade de tratamento odontológico para parte da população brasileira adolescente, inclusive restaurador, de forma a evitar a progressão da condição e piores prognósticos.

O acesso a serviços de saúde é um fator que afeta as condições bucais. Estudos têm mostrado que a falta de acesso a serviços pode levar a uma deterioração da saúde bucal, culminando na perda dentária e edentulismo (HOLST, 2008). É importante considerar, também, que a família tem um papel importante no acesso aos serviços, visto que as crianças dependem dos seus cuidadores para este acesso, bem como para manter a sua saúde bucal através da manutenção da higiene bucal e dieta (BHATIA et al., 2014). Se estes aspectos forem negligenciados, podem levar a um pior estado de saúde bucal, inclusive doloroso. Com o passar do tempo, a promoção de cuidado deixa de ser principalmente realizada pelos pais ou cuidadores, e passa a ser realizada pelo próprio indivíduo, determinando então o autocuidado. Em caso de falhas durante a infância, através do seu processo de socialização, ele poderá compensar as falhas oriundas da sua vivência familiar.

Segundo Locker et al. (2002), os conceitos atuais de saúde da criança referem-se ao binômio criança-família. Ele utiliza como fonte a Academia Americana de Pediatria que a define como “o funcionamento social, físico e emocional da criança e, quando indicado, sua família”. À

vista disso, justifica-se a investigação a respeito do impacto que todo o processo da doença tem no funcionamento ou bem-estar psicossocial, além da avaliação da dimensão clínica dos desfechos em saúde. Por isso, a dimensão do impacto da saúde bucal e da função social é tão importante quanto às medidas clínicas (BIANCO et al., 2010; OLIVEIRA; SHEIHAM, 2004), embora seja relativamente recente o desenvolvimento e investigação acerca da saúde bucal relacionada à qualidade de vida (WONG; MCGRATH; KING, 2011). Por outro lado, é na família que se observa e se inicia os cuidados com a saúde bucal. Nesse sentido um cruzamento de olhar sobre a família, seu modo de funcionamento, sua dinâmica e a forma como os pais educam seus filhos pode trazer algum indicador para novas ações.

Os maus tratos infantis, por exemplo, são um problema de saúde pública que tem sido associado com diversas psicopatologias, embora ainda não sejam compreendidas as suas consequências em longo prazo (NORMAN et al., 2012). A autora ainda relata que têm surgido evidências de que a negligência na infância pode ser tão danosa quando abuso físico ou emocional. Na pesquisa em odontologia, pouco se buscou a compreensão do âmbito familiar e os desfechos comumente observados. Alguns têm abordado a violência doméstica contra criança, a qual é definida por qualquer atitude (seja por ato ou omissão) que tem o potencial de causar danos físicos, psicológicos ou ao bem-estar de uma criança (RODRIGUES et al., 2016). Outros abordaram a negligência dental, utilizando uma gama variada de definições e padrões de exames (BHATIA et al., 2014). Mais recentemente, Duijster et al. (2015) encontrou que crianças teriam menor número de cárie se seus pais praticassem um envolvimento positivo, encorajamento e resolução de problemas.

Assim, o presente trabalho se justifica em dois motivos. Primeiro, porque não existem estudos a nível populacional que relacionem as práticas educativas parentais e saúde bucal de crianças e adolescentes. Em segundo, porque o município de Pejuçara (RS) ainda não teve a oportunidade de conhecer as condições de saúde bucal dos seus escolares (crianças e adolescentes) em inquéritos epidemiológicos. A necessidade de inquéritos, como suporte à vigilância epidemiológica, para estabelecimento de prioridades e alocação de recursos é estabelecida pela Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1990).

## 2 OBJETIVOS

A seguir apresentaremos o objetivo principal e objetivos secundários deste trabalho.

### 2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Este trabalho tem como objetivo principal fazer um inquérito sobre a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes entre nove e 18 anos e explorar a relação entre a condição de saúde bucal e práticas educativas parentais.

### 2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a. Descrever o número de dentes cariados, perdidos e obturados segundo a idade.
- b. Descrever o número de dentes cariados, perdidos e obturados segundo o sexo.
- c. Descrever o número de dentes cariados, perdidos e obturados segundo a renda familiar equivalente
- d. Descrever o número de dentes cariados, perdidos e obturados segundo o acesso aos serviços de saúde.

### **3 METODOLOGIA**

A seguir, apresentaremos a metodologia utilizada neste trabalho.

#### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O estudo foi de natureza quantitativa observacional descritiva do tipo transversal.

#### **3.2 POPULAÇÃO ALVO**

Foram convidados a participar deste estudo todas as crianças e adolescentes com mais de nove anos de idade que estivessem estudando nas escolas da cidade de Pejuçara, Rio Grande do Sul.

#### **3.3 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado nas duas escolas do município, correspondendo a um censo da população escolar do 4º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio. Foram incluídas no estudo a Escola Municipal e a Escola Estadual da cidade. Os dados pertinentes referentes às escolas foram obtidos junto à Secretaria Municipal de Educação e às escolas.

#### **3.4 COLETA DE DADOS**

A seguir serão descritos os exames e questionários utilizados nesta pesquisa.

##### **3.4.1 Exames clínicos**

O estudo foi desenvolvido com a aplicação do exame desenvolvido para o SB Brasil 2010. Foram mensuradas as seguintes condições: carie dentária em coroa (CPO-D e ceo-d), doença periodontal (Índice Periodontal Comunitário - CPI), traumatismo dentário (fratura dentária e avulsão). Entende-se que os dados apresentados neste trabalho estão subestimados devido ao uso do CPOD e ceod, os quais consideram como dentes cariados aqueles que tem lesão cavitada.

Para treinamento e calibração, foi desenvolvido um manual de campo (APÊNDICE A), baseado no manual de examinador desenvolvido para o *Projeto SB Brasil 2000 - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000*, o qual foi lido e discutido entre os examinadores. Três examinadores foram treinados e calibrados de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Como a pesquisa se trata de uma demanda do Município em conhecer a realidade de saúde bucal das crianças e adolescentes em prol de uma melhor gestão de recursos provenientes para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma cirurgiã-dentista do Município esteve disponível para a realização dos exames, uma técnica em saúde bucal e duas agentes comunitárias de saúde que ajudaram na anotação dos dados e orientação de fluxo. Os exames foram realizados utilizando sonda periodontal da OMS, espelho bucal plano número cinco sob luz natural, e as anotações foram feitas diretamente no computador, através de um *software*, por dois anotadores treinados (BRASIL, 2001). O *software* não permitia que fossem digitados valores diferentes dos códigos dos exames, além de ser simples, visto que sua utilização se baseava em localizar o nome da criança no banco de dados e digitar o número do código (ditado em voz alta pelo examinador) e apertar “enter” para o próximo dente. Além disso, a cada quadrante, ambos – examinador e anotador – deveriam mencionar a palavra “cheque” para afirmar que estavam anotando o mesmo dente.

### **3.4.2 Questionário para os pais ou responsável**

Foi enviado aos pais, junto com o termo de consentimento livre e esclarecido, um questionário a ser respondido e entregue junto com o termo (APÊNDICES B e C). O questionário abrangeu as seguintes questões: número de pessoas que compõem a unidade familiar, número de cômodos na casa, nível educacional, renda familiar, Classificação de Classe Econômica Brasileira e local de moradia. Também foram incluídas perguntas referentes ao acesso e utilização de serviços odontológicos em relação ao menor.

### **3.4.3 Questionário para as crianças e adolescentes**

As crianças assinaram um termo de assentimento para participação (APÊNDICE D). O questionário foi aplicado para as crianças e adolescentes pela autora, de forma a otimizar o processo

de coleta de dados feitos na escola com as crianças e adolescentes. As perguntas do questionário se referiam aos seguintes domínios: sociodemográficos (sexo, idade), experiência odontológica (dor de origem dentária, auto-percepção e impactos sobre a saúde bucal) e utilização de serviços odontológicos (APÊNDICE E).

Também foi aplicado o Inventário de Estilos Parentais (IEP) por uma psicóloga capacitada. Este instrumento é composto por 42 questões, divididas em sete grupos: monitoria positiva (MP), comportamento moral (CM), negligência (NE), punição inconsistente (PI), monitoria negativa (MN), disciplina relaxada (DR) e abuso físico (AF) para práticas maternas (mat) e paternas (pat) (ANEXO A). A autora define brevemente esses domínios conforme mencionado a seguir (GOMIDE, 2006). Monitoria positiva abrange práticas que envolvem atenção e conhecimento dos pais sobre onde seu filho se encontra e o que ele faz, demonstrando interesse em saber como ele está e se há alguma ajuda que possa ser disponibilizada. Comportamento moral está relacionado ao ensinamento de valores como honestidade, empatia, senso de justiça, auxiliando na distinção entre certo e errado. Punição inconsistente está geralmente associada à mudança de humor dos pais, onde as punições tendem a ser relacionadas ao estado emocional destes ao invés da atitude da criança. A negligência é caracterizada pela falta de atenção dos pais às necessidades dos seus filhos com omissão de auxílio ou responsabilidades frente a estes, podendo ou não interagir sem afeto, sem amor. Práticas negativas em relação à disciplina acontecem quando as regras estabelecidas pelos responsáveis são esquecidas ou desrespeitadas por eles próprios. Monitoria negativa pode também ser considerada como supervisão estressante ou excesso de fiscalização dos pais sobre o seu filho. Abuso físico é quando os pais, com a justificativa de estarem educando, machucam ou causam dor aos seus filhos.

### 3.5 PROCEDIMENTOS AMOSTRAIS

Calculo amostral foi feito para estimar a média do índice CPO-D, usando como base os dados do SB Brasil 2010 do interior do estado do Rio Grande do Sul. Para a idade de 12 anos a média observada em 2010 foi de 2,00 dentes cariados e desvio-padrão de  $\pm 3,02$ . Para a faixa etária de 15 a 19 anos a média observada foi de 3,96 e desvio-padrão de  $\pm 4,47$ . Assim, estimou-se que seriam necessárias 302 crianças de 12 anos para um erro de 0,5 dentes com poder de 80% e alfa de 5%. Para os adolescentes de 15 anos estes valores passam a ser de 628 indivíduos para um erro de 0,5 dentes com poder de 80% e alfa de 5%, respectivamente.

Considerando que o objetivo é estimar por idade e que, segundo a tabela abaixo, há em média 50 crianças para cada idade, optou-se pela realização de um censo de todas as idades.

Tabela 1 - Número de crianças e adolescentes por faixa etária em Pejuçara. 2012.

Faixa etária detalhada	Total
9 anos	55
10 anos	55
11 anos	56
12 anos	57
13 anos	61
14 anos	65
15 anos	67
16 anos	71
17 anos	73
18 anos	72

FONTE: IBGE, 2012.

A seleção foi feita a partir da lista de crianças matriculadas nas Escolas Municipal e Estadual de Pejuçara. O contato com as crianças e responsáveis foi dado a partir a comunicação com a Escola, onde foi solicitado um momento para conversar com as crianças e entregar o termo de consentimento livre e esclarecido. A partir do recebimento deste termo e do questionário foram solicitadas às crianças e adolescentes interessados em participar que assinassem um termo de assentimento, seguido do exame bucal, resposta ao questionário e ao inventário de estilos parentais.

### 3.6 ANÁLISE E TABULAÇÃO DOS DADOS

A tabulação e análise dos dados foram feitas com auxílio de uma ferramenta de *software*, utilizando *Personal Home Page (PHP)* e *JavaScript*, desenvolvida especificamente para este fim.

A descrição dos dados foi feita através de médias para variáveis numéricas e tabulação de frequências para variáveis categóricas. Comparação de médias para os três desfechos (dentes cariadas, dentes restaurados e índice CPO-D + ceo-d) foram apresentadas em tabelas bivariadas para as covariadas sociodemográficas e testadas usando análise de variância ou teste t para variáveis contínuas. Nesse momento assumiram-se distribuições homocedásticas e distribuições

assintoticamente normais. Avaliação de consistência interna dos instrumentos de estilos parentais foi realizada através do alfa de Cronbach. Para a análise estatística foi utilizado o *software R*.

Para maiores informações acerca da relação de distribuição entre o número de dentes cariados e as práticas parentais, foi realizada uma série de gráficos de distribuição suavizada (Gráficos 1-7) com o método de LOESS com banda de 0,20 a 0,40 quando havia poucos indivíduos nas áreas extremas da distribuição que estão dispostos nos apêndices F-L do trabalho.

### 3.7 PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos dados, e conseqüente conclusão do estudo, foi redigido um relatório descritivo das condições de saúde bucal por idade para o gestor municipal de saúde.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi submetido ao à Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, obedecendo às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Em seguida, foi submetido na Plataforma Brasil, onde foi aprovado sob número CAAE 52597815.7.0000.5347, parecer número 1.531.495. Quando alguma doença foi diagnosticada, o indivíduo foi orientado a procurar a Unidade de Saúde do Município de Pejuçara, a qual se responsabilizou em absorver a demanda, conforme acordado com o Secretário Municipal de Saúde.



Excluiu-se 4 alunos devido às condições sistêmicas/familiares que modificam a principal associação em estudo. Trezentos e vinte e nove alunos (80,8%) participaram do estudo conforme permissão dos responsáveis e assentimento das crianças e adolescentes. Dos alunos que não foram examinados, doze (2,95%) não foram encontrados na escola nos momentos de coleta de dados e sessenta e seis (16,2%) se negaram a participar ou não tiveram permissão dos pais. É importante ressaltar que dentre estes que não tiveram permissão, alguns esqueceram ou não quiseram entregar os termos aos pais, não deixando claro se era uma opção própria ou do responsável.

A partir da aprovação do estudo na Plataforma Brasil, realizamos o contato com os diretores das escolas e com o secretário municipal de saúde para planejarmos a realização do trabalho. Foram distribuídos termos de consentimento e um questionário socioeconômico para todos os alunos elegíveis, o qual deveria ser entregue aos pais e devolvido na semana seguinte. O trabalho foi planejado para ser executado em uma semana, considerando que poderiam ser realizados em torno de 70 exames por turno. No entanto, devido à baixa devolução de termos de consentimento nesta primeira etapa (em torno de 250), optou-se por fazer uma segunda etapa após reforço da importância do estudo. Ao final do período da realização da segunda etapa tínhamos recebido mais 79 termos de consentimento, finalizando a coleta de dados. A coleta das informações do Inventário de Estilos Parentais aconteceu paralelamente aos exames bucais conforme a disponibilidade da psicóloga que fez a aplicação. O Kappa interexaminador foi de 0,89 para 512 dentes de 20 indivíduos.

Como a população estudada compreendia a fase de dentição mista, optou-se por analisar os dados referentes a dentes cariados, perdidos ou obturados de dentes decíduos e permanentes de forma conjunta, uma vez que é do nosso interesse descrever a realidade da população em relação a estes desfechos e também em relação à vivência familiar, sendo que esta não é interrompida pela troca de dentição e que, inclusive, pode demonstrar o efeito cumulativo da experiência familiar durante a infância na saúde bucal. Para isso, demonstraremos na tabela 2 a média de dentes cariados, de obturados e de cariados, perdidos e obturados (CPO) abrangendo ambas as dentições e seus respectivos desvios-padrão (dp), bem como os dados descritivos da população examinada.

## 4.2 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL

A maioria dos respondentes (57,4% n=189) era do sexo feminino, a idade média foi de 13 anos (variando de 9 a 21 anos) e com residência localizada na zona urbana de Pejuçara (n=217).

Quase um terço da população (n=104) recebia entre meio e um salário mínimo (R\$440,00 a 880,00) por pessoa na unidade familiar. A média de dentes cariados, perdidos ou obturados em toda a população é de 1,4 dentes (abrangendo tanto dentes decíduos como dentes permanentes). Observa-se uma diferença estatística significativa (p-valor<0,01) para número de dentes cariados conforme o sexo, sendo que os indivíduos do sexo masculino apresentavam o dobro de chances para este desfecho comparado às mulheres. As diferenças entre dentes obturados ou o valor de CPO total também foram significativos (p-valor<0,01) conforme a idade, com uma tendência a aumentar conforme a idade aumenta.

Tabela 2 - Média de dentes cariados, de obturados, de CPO e desvios-padrão (dp) por sexo, idade, renda familiar equivalente, local de moradia e frequência de visita odontológica. Pejuçara, 2016.

	n (%)	Média Cariados	dp	Média Obturados	dp	Média CPO	dp
<b>Total</b>	329 (100)	0,35	0,81	1,10	1,63	1,47	1,94
<b>Sexo</b>							
Masculino	140 (42,6)	0,49	1,03	1,02	1,68	1,52	2,09
Feminino	189 (57,4)	0,24	0,57	1,16	1,59	1,43	1,83
<b>p-valor</b>		0,01*		0,45		0,69	
<b>Idade</b>							
Menor de 12 anos	123 (37,4)	0,33	0,71	0,81	1,31	1,15	1,63
12 anos	41 (12,5)	0,24	0,86	0,63	0,89	0,88	1,25
13 a 14 anos	77 (23,4)	0,27	0,58	0,99	1,54	1,30	1,69
Maior de 15 anos	88 (26,7)	0,48	1,04	1,82	2,09	2,35	2,46
<b>p-valor</b>		0,30		0,01*		0,01*	
<b>Renda Familiar Equivalente</b>							
Até ½ salário mínimo	27 (8,7)	0,63	1,15	1,15	1,49	1,89	2,12
½ a 1 salário mínimo	104 (33,7)	0,36	0,64	1,19	1,90	1,57	2,14
1 a 2 salários mínimos	99 (32,0)	0,42	1,00	1,12	1,51	1,57	1,94
2 a 3 salários mínimos	41 (13,3)	0,22	0,73	1,07	1,56	1,29	1,85
Mais de 3 salários mínimos	38 (12,3)	0,11	0,39	0,82	1,54	0,95	1,59
<b>p-valor</b>		0,08		0,83		0,33	
<b>Local de Moradia</b>							
Zona Urbana	217(66,6)	0,36	0,82	1,00	1,40	1,37	1,71
Zona Rural	109(33,4)	0,34	0,78	1,34	2,00	1,72	2,33
<b>p-valor</b>		0,87		0,07		0,13	
<b>Frequência de visita odontológica</b>							
Menos de 1 ano	278 (85,0)	0,32	0,81	1,08	1,55	1,42	1,85
De 2 a 3 anos	27 (8,3)	0,56	0,85	1,59	2,50	2,15	2,94
Mais de 3 anos	19 (5,8)	0,26	0,56	0,95	1,22	1,21	1,40
Nunca visitou	3 (0,9)	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00
<b>p-valor</b>		0,23		0,26		0,27	

Nota: Utilizado teste t

Sinal convencional utilizado:

\*estatisticamente significativo

As médias de dentes cariados, perdidos e obturados em Pejuçara são menores do que as encontradas no SB Brasil 2010, inclusive comparando as idades de 12 anos e de 15 a 19 anos (Tabela 3). Esses valores foram menores mesmo se comparando com os valores do interior da Região Sul e Porto Alegre, permitindo inferir que a condição de saúde bucal das crianças e adolescentes de Pejuçara é melhor.

Tabela 3 - Média de dentes cariados, de obturados, de CPO e desvios-padrão (dp) por faixa etária em Pejuçara e no SB Brasil 2010.

	n (%)	Média Cariados	dp	Média Obturados	dp	Média CPO	dp
<b>Pejuçara</b>	329 (100)	0,35	0,81	1,10	1,63	1,47	1,94
12 anos	41 (12,5)	0,24	0,86	0,63	0,89	0,88	1,25
15 a 19 anos	88 (26,7)	0,39	0,44	1,65	0,89	2,10	1,04
<b>SB Brasil 2010</b>							
12 anos		1,12*		0,73		2,07*	
15 a 19 anos		1,52*		2,16		4,25*	
<b>SB Brasil RS – Porto Alegre</b>							
12 anos		0,88*		0,49		1,49*	
15 a 19 anos		1,07*		1,49		2,98**	
<b>SB Brasil – Interior Reg. Sul</b>							
12 anos		1,20*		0,79		2,17*	
15 a 19 anos		1,23*		2,59*		4,30*	

Fonte: Inquérito epidemiológico SB Brasil 2010.

Nota: Nota: Utilizado teste t

Sinal convencional utilizado:

\* p-valor<0,05

#### 4.3 INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS

O Inventário de Estilos Parentais apresentou alpha de Cronbach de 0,68 para o componente materno e 0,77 para o componente paterno. Os valores dentro dos sete domínios variaram entre 0,41 (Monitoria Negativa materna) e 0,77 (Monitoria Positiva paterna). Os valores detalhados por item encontram-se no apêndice M, N e O. Para análise do Estilo Parental, utilizamos cada um dos domínios do inventário de forma individual e dicotomizada em estilo parental sem risco (equivalente a ótimo, bom - acima da média ou bom - abaixo da média) e estilo parental de risco. Os valores considerados para ponto de corte se basearam nos percentis de cada uma das práticas apresentados na tabela normativa do instrumento (GOMIDE, 2006), sendo estes os

seguintes (para categoria de Estilo Parental de Risco):  $MP_{mat} \leq 8$  e  $MP_{pat} \leq 7$ ;  $CM_{mat} \leq 7$  e  $CM_{pat} \leq 6$ ;  $MN_{mat} \geq 9$  e  $MN_{pat} \geq 8$ ;  $NE_{mat} \geq 4$  e  $NE_{pat} \geq 5$ ;  $PI_{mat} \geq 6$  e  $PI_{pat} \geq 5$ ;  $AF_{mat} \geq 3$  e  $AF_{pat} \geq 3$ ;  $DR_{mat} \geq 5$  e  $DR_{pat} \geq 5$ . Em relação ao abuso físico materno optou-se por aumentar o valor de risco de  $\geq 2$  para  $\geq 3$  visto que a média para esta população (Média estudo=2,94) foi maior do que a da tabela normativa (Média tabela=1,05). A mesma modificação foi feita em relação à monitoria negativa materna (Média tabela=5,54 / Média estudo=6,26) e paterna (Média tabela=4,54 / Média estudo=5,76).

#### 4.4 RELAÇÃO ENTRE PRÁTICAS PARENTAIS E SAÚDE BUCAL

Na tabela 4 apresentamos a média de dentes cariados, de obturados e do CPO em relação às práticas educativas parentais. Há uma diferença significativa em relação ao número de dentes cariados para crianças com mães em estilo parental de risco segundo a prática de abuso físico (p-valor < 0,03), disciplina relaxada (p-valor < 0,03) e monitoria positiva (p-valor < 0,01). A monitoria positiva paterna de risco estava associada com maior número de dentes obturados (p-valor < 0,05). As crianças cujas mães monitoravam positivamente tinham quase 1 dente cariado, perdido ou obturado a menos do que aquelas com práticas de risco (p-valor < 0,05).

Tabela 4 - Média de dentes cariados, de obturados e cariados, perdidos e obturados (CPO) com desvios padrão (dp) em relação ao estilo parental em Pejuçara, RS. 2016.

(continua)

	n (%)	Média Cariados	DP	Média Obturados	DP	Média CPO	DP
<b>Monitoria Positiva</b>							
Materno			0,00*		0,06		0,00*
Estilo parental sem risco	255 (80,4)	0,28	0,70	1,02	1,59	1,32	1,85
Estilo parental de risco	62 (19,6)	0,66	1,14	1,45	1,76	2,13	2,20
Paterno			0,98		0,05*		0,12
Estilo parental sem risco	218 (71,9)	0,34	0,81	0,94	1,52	1,31	1,89
Estilo parental de risco	85 (28,1)	0,34	0,85	1,35	1,86	1,71	2,09
<b>Comportamento Moral</b>							
Materno			0,12		0,24		0,13
Estilo parental sem risco	244 (77,0)	0,31	0,82	1,05	1,64	1,39	1,95
Estilo parental de risco	73 (23,0)	0,48	0,78	1,30	1,62	1,78	1,95
Paterno			0,47		0,07		0,07
Estilo parental sem risco	243 (79,9)	0,33	0,79	0,97	1,53	1,32	1,90
Estilo parental de risco	61 (20,1)	0,41	0,96	1,39	1,93	1,82	2,08
<b>Punição Inconsistente</b>							
Materno			0,92		0,25		0,27
Estilo parental sem risco	253 (79,8)	0,35	0,78	1,05	1,57	0,30	0,77
Estilo parental de risco	64 (20,2)	0,36	0,97	1,31	1,85	0,44	0,92
Paterno			0,65		0,83		0,94
Estilo parental sem risco	183 (60,2)	0,38	0,91	1,15	1,67	1,54	1,97
Estilo parental de risco	121 (39,8)	0,30	0,68	0,93	1,57	1,26	1,92
<b>Negligência</b>							
Materno			0,08		0,44		0,92
Estilo parental sem risco	230 (72,6)	0,30	0,71	1,15	1,64	1,47	1,91
Estilo parental de risco	87 (27,4)	0,48	1,03	0,99	1,63	1,49	2,05
Paterno			0,64		0,38		0,28
Estilo parental sem risco	225 (74,3)	0,33	0,77	1,02	1,53	1,36	1,85
Estilo parental de risco	78 (25,7)	0,39	0,97	1,21	1,89	1,64	2,20

Tabela 4 - Média de dentes cariados, de obturados e cariados, perdidos e obturados (CPO) com desvios padrão (dp) em relação ao estilo parental em Pejuçara, RS. 2016.

(conclusão)							
	n (%)	Média Cariados	DP	Média Obturados	DP	Média CPO	DP
<b>Disciplina Relaxada</b>							
Materno			0,02*		0,92		0,36
Estilo parental sem risco	218 (68,8)	0,28	0,68	1,11	1,65	1,41	1,90
Estilo parental de risco	99 (31,2)	0,51	1,04	1,09	1,60	1,63	2,05
Paterno			0,29		0,26		0,63
Estilo parental sem risco	226 (74,3)	0,31	0,74	1,12	1,72	1,46	2,01
Estilo parental de risco	78 (25,7)	0,42	1,00	0,89	1,32	1,33	1,76
<b>Monitoria Negativa</b>							
Materno			0,36		0,49		0,90
Estilo parental sem risco	267 (84,5)	0,33	0,78	1,14	1,69	1,49	1,99
Estilo parental de risco	49 (15,5)	0,45	0,98	0,96	1,31	1,45	1,77
Paterno			0,46		0,15		0,13
Estilo parental sem risco	224 (73,7)	0,37	0,89	1,14	1,71	1,53	2,06
Estilo parental de risco	80 (26,3)	0,29	0,60	0,84	1,35	1,15	1,59
<b>Abuso Físico</b>							
Materno			0,03*		0,06		0,48
Estilo parental sem risco	155 (48,9)	0,25	0,55	1,28	1,88	1,56	2,11
Estilo parental de risco	162 (51,1)	0,45	1,00	0,93	1,34	1,40	1,78
Paterno			0,54		0,22		0,50
Estilo parental sem risco	224 (73,7)	0,32	0,86	1,13	1,69	1,47	2,03
Estilo parental de risco	80 (26,3)	0,39	0,70	0,88	1,43	1,30	1,69

Nota: Nota: Utilizado teste t

Sinal convencional utilizado:

\*estatisticamente significativo

## 5 DISCUSSÃO

Há algumas hipóteses sobre a diferença na condição de saúde bucal das crianças e adolescentes de Pejuçara em relação à população brasileira. Primeiramente, podemos pensar em um efeito de coorte visto que a população examinada agora é de uma geração diferente daquela examinada em 2010. Outra hipótese se refere bom acesso aos serviços de saúde, uma vez que a proporção de dentes obturados/CPO em Pejuçara (12 anos: 67,4% e 15-19 anos: 78,5%) é consideravelmente maior do que os valores para o Brasil (12 anos: 35,2% e 15-19 anos: 50,8%), Porto Alegre (12 anos: 32,8% e 15-19 anos: 50,0%) e interior da Região Sul (12 anos: 36,4% e 15-19 anos: 60,2%) para todas as faixas etárias. Além disso, 85,0% da amostra (n=278) relataram ter consultado com o dentista “há menos de um ano” e apenas 0,9% (n=3) nunca foram ao dentista. É importante ressaltar que os programas vinculados à atenção básica, tal como o Programa Saúde na Escola, é realizado pelos profissionais do município e inclui avaliação odontológica. Outra medida importante adotada pelo município foi a adequação da alimentação nas escolas, com um cardápio balanceado para as refeições fornecidas pelo poder público, quanto para aquelas comercializadas pela cantina das escolas.

Crianças educadas por mães com predomínio de práticas de monitoria positiva de risco tendem a ter mais doença do que aquelas com maior proximidade da criança, visto que o apoio e o amor dos pais são a base da monitoria positiva. Tal característica afasta a necessidade da fiscalização estressante por parte dos pais e tende a manter um ambiente sem conflitos (SALVO; SILVARES; TONI, 2005). Na mesma linha de raciocínio, podemos pensar que aquelas crianças cuja mãe costuma esquecer ou ignorar as próprias regras que estabeleceu, não têm qualquer tipo de fiscalização frente às suas atitudes, inclusive aquelas relacionadas à alimentação e ao consumo de alimentos cariogênicos, ou até mesmo em relação à higiene. Já o abuso físico pode gerar crianças apáticas, medrosas ou desinteressadas (GOMIDE, 2006) e o profissional de odontologia apresenta um papel importante na detecção de práticas abusivas, visto que as crianças podem apresentar lesões traumáticas na cabeça e pescoço e dificuldade de cooperação (KVIST et al., 2016). Este desfecho, assim como a negligência, pode causar uma série de problemas de saúde incluindo distúrbios mentais – tais como ansiedade e depressão (NORMAN et al., 2012).

Os cuidadores são os responsáveis pela manutenção da saúde e consolidação de hábitos saudáveis da criança, como alimentação equilibrada, higiene e visitas ao dentista (DE JONG-LENTERS et al., 2014), mas com o passar dos anos ela acaba se tornando responsável pelo seu

autocuidado. Inúmeras mudanças biológicas e sociais acontecem durante a adolescência pois é nela que acontece a formação da identidade e personalidade do adolescente, transformando consigo as relações familiares (CARVALHO; SILVA, 2014). Conseqüentemente, é importante a abordagem precoce de distúrbios familiares de forma a evitar efeitos negativos do desenvolvimento do indivíduo.

Em relação à odontologia, a solução das práticas negativas o quanto breve possível é ideal, pois a maioria das doenças que acometem a boca é de caráter cumulativo e crônico. A criança, muitas vezes, não tem dentro de sua cultura familiar, o costume de buscar serviços odontológicos, e o Estado apresenta um importante papel na provisão do cuidado que falta da família, seja através de políticas públicas ou de suporte a pesquisas que tenham como foco a o ambiente familiar. Ainda em relação à mudança de hábitos, o profissional de odontologia é quem toma por função a modificação de hábitos, a qual não é tarefa simples ou fácil, mas que pode ser alcançada. Para isto, espera-se que o indivíduo consiga se identificar com o profissional, construa um vínculo e, então, consiga se apropriar destas informações fazendo com que elas se tornem um valor próprio.

Outro ambiente que pode suprir falhas decorrentes da vivência familiar é a escola. Um estudo de 2003 constatou que escolas com ambiente seguro, e em que a Promoção de Saúde foi realizada, as crianças tinham melhor saúde bucal (mais chances de ser livres de cárie e menos chances de ter trauma dental) do que se comparado às crianças de escolas sem suporte em virtude do desenvolvimento de um currículo compreensivo, direcionado para promoção de saúde (MOYSÉS et al., 2003). Este mesmo estudo demonstrou que ela é capaz de melhorar a saúde, autoestima, comportamento e habilidades de vida através do seu ambiente. Deste ponto de vista, Pejuçara apresenta grande potencialidade no seu ambiente pelo fato de ter um consultório odontológico em cada uma das escolas, ambos em funcionamento, além dos programas preventivos e de promoção de saúde tal como o Saúde na Escola.

Ao nosso conhecimento, este estudo foi o primeiro estudo de base populacional a avaliar de forma simultânea as práticas educativas parentais e desfechos relacionados à saúde bucal. Desta forma, este estudo permite a consideração destes dados em relação a faixa etária abrangida. Em adição, a alta taxa de matrícula escolar no município, combinada com alta taxa de resposta, resulta em baixo risco de vieses de seleção. Vieses de mensuração foram minimizados com o uso de um software para coleta de dados clínicos, treinamento de examinadoras e obtenção de boa reprodutibilidade. A validade das medidas de estilos parentais (IEP) ainda necessita de mais

evidências, porém, nossos achados preliminares mostram que as sub-escalas possuem propriedades psicométricas inicialmente satisfatórias.

Como limitação, podemos citar a impossibilidade de determinação de causalidade devido à natureza transversal do estudo. Mesmo sendo uma amostra representativa do município, a generalização dos nossos achados é possível somente para populações similares, especialmente no estado, visto que práticas parentais podem ser culturalmente definidas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há complexidade em se analisar os parâmetros até agora apresentados, pois compreendem aspectos biológicos, psicológicos e sociais que influenciam mutuamente um no outro, dependendo então de um olhar crítico e multidisciplinar para sua compreensão. Reconhece-se que a saúde bucal da criança tem relação com o ambiente sócio-emocional familiar, bem como as práticas realizadas pelos seus pais durante o processo de educação do filho. As falhas existentes durante este processo podem desencadear efeitos deletérios na saúde e comportamento dos indivíduos e devem ser identificadas precocemente para permitir a prevenção do estabelecimento de comportamentos antissociais e suas consequências em saúde. Para isso, projetos e práticas preventivas podem ser desenvolvidos e aplicados de forma local, inclusive nas escolas de forma a permitir um adequado desenvolvimento infantil.

Este estudo é reflexo de um trabalho integrado entre serviço de saúde e ensino que demonstra as potencialidades do investimento em equipes multidisciplinares sua inclusão no ambiente escolar. Embora haja pouca literatura sobre o assunto abordado, talvez reflexo de uma odontologia muito clínica, se espera que novas atitudes possam ser desencadeadas a partir da incorporação de outros olhares – tais como a observação e compreensão da família. Com base em nossos resultados, futuras pesquisas nessa área deveriam ser realizadas para compreender o efeito em longo prazo das práticas parentais, bem como de possíveis intervenções nas famílias de risco.

## REFERÊNCIAS

BHATIA, S. K. et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. **J. Dent.** Bristol, v. 42, no. 3, p. 229–239, Mar. 2014.

BIANCO, A. et al. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: results from a survey among school children in Italy. **Eur. J. Public Health**, Stockholm, v. 20, no. 5, p. 595–600, Oct. 2010.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.presidencia.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 18 nov. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB2000**: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SBBrasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - projeto técnico. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

CARVALHO, M. S. D. P. de; SILVA, B. M. B. Estilos parentais: um estudo de revisão bibliográfica. **Rev. Psicologia em Foco**, Frederico Westphalen, v. 6, n. 8, p. 22–42, dez. 2014.

DE JONG-LENTERS, M. et al. The relationship between parenting, family interaction and childhood dental caries: A case-control study. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 116, p. 49–55, Sept. 2014.

DE OLIVEIRA, C. M.; SHEIHAM, A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. **J. Orthod.**, Oxford, v. 31, no. 1, p. 20–27, 2004.

DUIJSTER, D. *et al.* Parental and family-related influences on dental caries in children of Dutch, Moroccan and Turkish origin. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 43, no. 2, p. 152–162, Apr. 2015.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de estilos parentais**: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Vozes, 2006.

HOLST, D. Oral health equality during 30 years in Norway. **Community Dent. Oral Epidemiol.** Copenhagen, v. 36, no. 4, p. 326-334, Aug. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades | Infógrafos | Rio Grande do Sul | Pejuçara**. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431430>>. Acesso em: 3 maio 2016.

KVIST, T. et al. Child maltreatment - prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services. **Int. J. Paediatr. Dent.**, Oxford, Mar. 2016. doi: 10.1111/ipd.1223.

LOCKER, D. et al. Family impact of child oral and oro-facial conditions. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 30, no. 6, p. 438–448, Dec. 2002.

MOYSÉS, S. T. et al. Associations between health promoting schools policies and indicators of oral health in Brazil. **Health Promot. Int.**, Eynsham, v. 18, no. 3, p. 209–218, Sept. 2003.

NORMAN, R. E. et al. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS Med.**, San Francisco, v. 9, no. 11, p. e1001349, Nov. 2012.

RODRIGUES, J. L. S. A. et al. Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry – A systematic review. **J. Forensic. Leg. Med.**, Kidlington, v. 43, p. 34–41, Oct. 2016.

SALVO, C. G. de; SILVARES, E. F. de M.; TONI, P. M. de. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. **Estud. Psicol. (Campinas)**. Campinas, v. 22, n. 2, p. 187–195, Jun. 2005.

WONG, H. M.; MCGRATH, C. P. J.; KING, N. M. Rasch validation of the early childhood oral health impact scale. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 39, no. 5, p. 449–457, Oct. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2013.

## APÊNDICE A – CAPA DO MANUAL DE CAMPO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

MANUAL DE CAMPO

**INQUÉRITO DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 9 A 18  
ANOS EM PEJUÇARA, RIO GRANDE DO SUL.**

**Porto Alegre, 2016**

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA											
Título do Projeto: INQUERITO DE SAUDE BUCAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 9 A 18 ANOS EM PEJUÇARA, RS. (Nº 29736)											
Area do Conhecimento: Saúde						Número de participantes		No centro:		Total:	
Faculdade: Odontologia						Unidade: UFRGS-POA					
Projeto Multicêntrico		Sim	X	Não	Nacional	Internacional	Cooperação Estrangeira		Sim	X	Não
Patrocinador da pesquisa:											
Instituição onde será realizado: Universidade Federal do Rio Grande do Sul de Porto Alegre											
Nome dos pesquisadores e colaboradores: Prof. Dr. Roger Keller Celeste, MSc PhD, Prof. Janete de Aquino Goulart, Ms. Edina Vendrame, CD e Mariél de Aquino Goulart.											
2. IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA											
Nome do Responsável:											
Nome da criança/adolescente:											
3. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL											
Nome: PROF. DR. ROGER KELLER CELESTE, MSc.,PHD.						Telefone: (51) 3308 5015					
Profissão:		Professor		Registro no Conselho Nº:10070		E-mail: <a href="mailto:roger.keller@ufrgs.br">roger.keller@ufrgs.br</a>					
Universitário											
Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2492, sala 301. Porto Alegre/RS-Brasil CEP: 90035-003											

Eu, sujeito da pesquisa, abaixo assinado(a), após receber informações e esclarecimento sobre o projeto de pesquisa, acima identificado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) e estou ciente:

- O presente estudo tem o propósito de conhecer a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes entre 9 e 18 anos em Pejuçara e relacionar estas condições a outras variáveis tal como acesso e busca de serviços odontológicos e negligência.
- Deverei responder a um questionário com perguntas sobre o número de pessoas que moram na minha casa, número de cômodos na casa, nível educacional, renda familiar, Classificação Brasil de Classe Econômica e local onde moro, bem como perguntas referentes ao acesso e utilização de serviços odontológicos.
- Com a assinatura deste termo, permito que a criança/adolescente acima citada seja examinado por um dentista devidamente qualificado e treinado, o qual observará a presença ou não das seguintes condições: cárie dentária, doença periodontal (problema de gengiva), traumatismo dentário (fratura dentária e avulsão). Ele (a) também responderá a uma entrevista com as seguintes questões: sexo, idade, dor de origem dentária, auto-percepção e impactos sobre a saúde bucal, utilização de serviços odontológicos. Ele (a) também poderá responder a um instrumento psicológico relacionado aos objetivos da pesquisa.
- A pesquisa poderá ajudar nas decisões públicas da sua comunidade junto aos Conselhos de Saúde, de Assistência Social e Orçamento Participativo e promover melhorias nos serviços para as famílias elegíveis. O questionário não lhe causará desconforto ou risco.
- A senhora/senhor poderá parar a qualquer momento, desistir ou interromper a entrevista desta pesquisa sem a necessidade de qualquer explicação, isto não lhe causará nenhum dano e não virá a interferir no projeto de pesquisa.
- Será respeitada a privacidade e confidencialidade dos dados coletados para pesquisa – somente os pesquisadores saberão as respostas. As respostas serão utilizadas apenas para fins científicos e você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, e serão divulgados em publicações científicas, e seus dados pessoais não serão mencionados.
- Os resultados serão avaliados e analisados para pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), guardados junto ao Departamento de Saúde Bucal Coletiva para o tempo de estudo ou cinco anos.
- A senhora/senhor não terá despesa alguma e sua participação será voluntária.
- A senhora/senhor tem a garantia de, a qualquer tempo, de pedir informações sobre a pesquisa bem como dos resultados finais. Para tanto, poderá consultar o pesquisador responsável Professor Roger Keller Celeste (51 94440048) e Mariél de Aquino Goulart (51) 93783431. Em caso de dúvidas não esclarecidas pelo(s) pesquisador(es), ou de irregularidades de natureza ética poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (Fone: 51-3308 3738).

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável pelo Projeto

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa e/ou responsável

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARENTAL



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL QUESTIONÁRIO SOCIO-ECONÔMICO FAMILIAR



Olá, somos pesquisadores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Conforme o termo de consentimento entregue juntamente com este questionário, gostaríamos da sua ajuda para que possamos entender os efeitos de alguns fatores (inclusive socio-econômicos) na saúde bucal de crianças e adolescentes. Para isso, sua participação é essencial e pedimos que preencha este questionário. Não há respostas certas ou erradas e seus dados não serão divulgados.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

1. Qual o seu nome? \_\_\_\_\_
2. Qual o nome completo do seu filho? *(se você tem mais de um filho entre 9-18 anos, estudando em qualquer uma das escolas de Pejuçara, por favor, responda separadamente nas folhas recebidas).*
- \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <p>3. Até qual série a <b>mãe</b> da criança/adolescente estudou?</p> <p>( ) Analfabeto</p> <p>( ) Primário Incompleto / Fundamental Incompleto</p> <p>( ) Primário Completo / Fundamental Completo</p> <p>( ) Ginásio Completo / Médio Incompleto</p> <p>( ) Colegial completo/ Médio Completo</p> <p>( ) Técnico/ Profissionalizante completo</p> <p>( ) Superior Incompleto</p> <p>( ) Superior Completo</p> <p>( ) Não sei</p> | <p>4. Até qual série o <b>pai</b> da criança/adolescente estudou?</p> <p>( ) Analfabeto</p> <p>( ) Primário Incompleto / Fundamental Incompleto</p> <p>( ) Primário Completo / Fundamental Completo</p> <p>( ) Ginásio Completo / Médio Incompleto</p> <p>( ) Colegial completo/ Médio Completo</p> <p>( ) Técnico/ Profissionalizante completo</p> <p>( ) Superior Incompleto</p> <p>( ) Superior Completo</p> <p>( ) Não sei</p> |
|--|--|

5. Quantas pessoas moram em sua casa? *(considerando pessoas familiares, não pessoas que moram por aluguel ou não dormem na sua casa).* Nº de pessoas:
- a. Qual (quais) o(s) grau(s) de parentesco dessas pessoas com a criança/adolescente? *(ex.: pai, mãe, padrasto, vó,...)*
- \_\_\_\_\_

6. Quem fica a maior parte do tempo em casa com a criança/adolescente e até qual série esta pessoa estudou?
- |  |  |
|--|--|
| <p>a. Pai</p> <p>b. Mãe</p> <p>c. Padrasto/madrasta</p> <p>d. Avó/avô</p> <p>e. Empregada doméstica/tata</p> <p>f. Outra. Quem? _____.</p> | <p>( ) Analfabeto</p> <p>( ) Primário Incompleto / Fundamental Incompleto</p> <p>( ) Primário Completo / Fundamental Completo</p> <p>( ) Ginásio Completo / Médio Incompleto</p> <p>( ) Colegial completo/ Médio Completo</p> <p>( ) Técnico/ Profissionalizante completo</p> <p>( ) Superior Incompleto</p> <p>( ) Superior Completo</p> <p>( ) Não sei</p> |
|--|--|

7. Quantos cômodos (quartos/salas) existem na sua casa? Nº de cômodos:

8. Você mora na ( ) **Zona Urbana** ou na ( ) **Zona Rural**?

9. Quais dos seguintes itens você possui/tem em sua casa no momento (em funcionamento)?

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em Cores					
Rádio <i>(exceto do carro e do computador)</i>					
Banheiro					
Automóvel <i>(uso não profissional)</i>					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Vídeocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer <i>(aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</i>					



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
QUESTIONÁRIO SOCIO-ECONÔMICO FAMILIAR



10. Qual a renda familiar líquida (contando salários, pensões, etc), considerando todas as pessoas que moram na sua casa, em reais (aproximadamente)? *(descontados impostos, INSS, descontos do governo, etc.)*  
[R\$ \_\_\_\_\_]

11. Em relação a saúde de seu(s) filho(s). Em algum momento você procurou atendimento com dentista para ele(a)?  
 Não  
 Sim

12. E conseguiu ser atendido?  
 Não  
 Sim (ir para questão 13)

13. Se não conseguiu ser atendido, qual foi o motivo? (com detalhes, por favor)

---



---



---

14. Onde foi a última consulta do(s) seu(s) filho(s) com o dentista?

- Nunca fui no dentista  
 Serviço privado (particular)  
 Serviço público (posto de saúde)  
 Plano de saúde/Convênios  
 Outro. Onde? \_\_\_\_\_  
 Não sei

15. Qual o motivo da última consulta? *(Por que levou ele(a) ao dentista)*

- Nunca levei ao dentista/Não consegui atendimento  
 Revisão, prevenção ou checkup  
 Dor  
 Extração  
 Tratamento  
 Outros  
 Não sabe/Não lembra

16. O que o você achou do tratamento na última consulta?

- Nunca levei ao dentista/Não consegui atendimento  
 Muito bom  
 Bom  
 Regular  
 Ruim  
 Muito ruim  
 Não se aplica  
 Não sabe/Não lembra

## APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
TERMO DE ASSENTIMENTO



Você está sendo convidado para participar da pesquisa INQUÉRITO DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 9 A 18 ANOS EM PEJUÇARA, RIO GRANDE DO SUL. Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber como é a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes de Pejuçara. As pessoas que irão participar dessa pesquisa têm de 9 a 18 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita na Escola Municipal e Escola Estadual, onde as crianças e adolescentes serão examinados para observar a condição bucal e responderão à dois questionários, em dois momentos diferentes. Para isso, será usado/a instrumental odontológico esterilizado (do dentista) para evitar infecções. O uso desse material é considerado seguro, mas é possível ocorrer risco de troca de bactérias entre pessoas. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones (51) 93783431 da pesquisadora Mariél ou (51 94440048) do pesquisador Roger. Mas há coisas boas que podem acontecer como encaminhamento para o tratamento caso seja diagnosticada alguma doença, além de ajudar a melhorar os serviços de saúde de Pejuçara. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar quem participou da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa repassaremos ao município os dados principais (sem divulgação de nomes), apresentaremos os resultados em Congressos Científicos e publicaremos um artigo científico. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou ao pesquisador Roger. Eu escrevi os telefones na parte de cima desse texto.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa INQUÉRITO DE SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 9 A 18 ANOS EM PEJUÇARA, RIO GRANDE DO SUL, que tem o objetivo de descobrir como é a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes entre 9 e 18 anos. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar chateado ou brigar comigo. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Pejuçara, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Mariél de Aquino Goulart

\_\_\_\_\_  
Roger Keller Celeste

## APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO CRIANÇAS E ADOLESCENTES



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL QUESTIONÁRIO CRIANÇAS E ADOLESCENTES



Olá, somos pesquisadores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Conforme o termo de assentimento entregue com este questionário, gostaríamos da sua ajuda para que possamos entender os efeitos de alguns fatores na sua saúde bucal. Para isso, pedimos sua participação preenchendo este questionário. Não há respostas certas ou erradas e suas informações não serão divulgadas. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

1. Qual o seu nome? \_\_\_\_\_
2. Qual a sua data de nascimento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Qual o seu gênero?
  - Masculino
  - Feminino
4. Alguma vez na vida você já foi no consultório do dentista?
  - Não, nunca.
  - Sim
  - Não sei/não lembro
5. Há quanto tempo você foi pela última vez?
  - Nunca fui no dentista
  - Menos de 1 ano
  - De 1 a 2 anos
  - Há 3 ou mais anos
6. Onde foi a sua última consulta?
  - Nunca fui no dentista
  - Serviço privado (particular)
  - Serviço público (posto de saúde)
  - Plano de saúde/Convênios
  - Outros
  - Não sei
7. Na última vez que foi ao dentista, qual foi o motivo? (Por que foi ao dentista?)
  - Nunca fui no dentista
  - Revisão, prevenção ou checkup
  - Dor
  - Extração (arrancar/tirar um dente)
  - Tratamento
  - Outros \_\_\_\_\_
  - Não sei
8. O que o você achou do tratamento na última consulta?
 

  
A

  
B

  
C

  
D

  
E

  - Ótimo  Bom  Regular  Ruim  Muito ruim
  - Nunca fui no dentista
9. Na última consulta com o dentista, você recebeu informações sobre como evitar problemas na boca e nos dentes?
  - Sim
  - Não
10. Você acha que precisa de tratamento com o dentista atualmente?
  - Sim
  - Não

11. Nos últimos 6 meses, você sentiu dor de dente? ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sei

12. Se sentiu dor de dente, circule o número que melhor representa como foi a sua dor.  
1 (UM) SIGNIFICA MUITO POUCA DOR E 10 (DEZ) UMA DOR MUITO FORTE.



13. Você procurou algum atendimento para curar a dor que sentiu?

- ( ) Não senti dor  
( ) Não  
( ) Sim

14. E conseguiu ser atendido?

- ( ) Não senti dor  
( ) Não  
( ) Sim (vá para pergunta 16)

15. Se não conseguiu ser atendido, qual foi o motivo? \_\_\_\_\_

16. Em relação ao último atendimento com o dentista, **marque com um X se você concorda ou não com as afirmativas abaixo:**

	Sim	Não
<b>Em relação ao ambiente físico do consultório/sala de espera:</b>		
Era limpo e agradável		
Todos os que estavam esperando tinham cadeira/poltrona adequada para sentar		
O tempo que esperei foi curto		
<b>Em relação ao seu dentista:</b>		
Eu me senti a vontade contando minhas preocupações/problemas para ele/ela.		
O(A) dentista entendeu tudo o que eu falei		
Eu entendi tudo o que o(a) dentista me falou		
Se fosse possível eu não mudaria de dentista		
<b>Em relação ao tratamento recebido no dentista:</b>		
Resolveu o meu problema/queixa		
Não demorou mais do que era esperado		
Não criou um novo problema que eu não tinha		

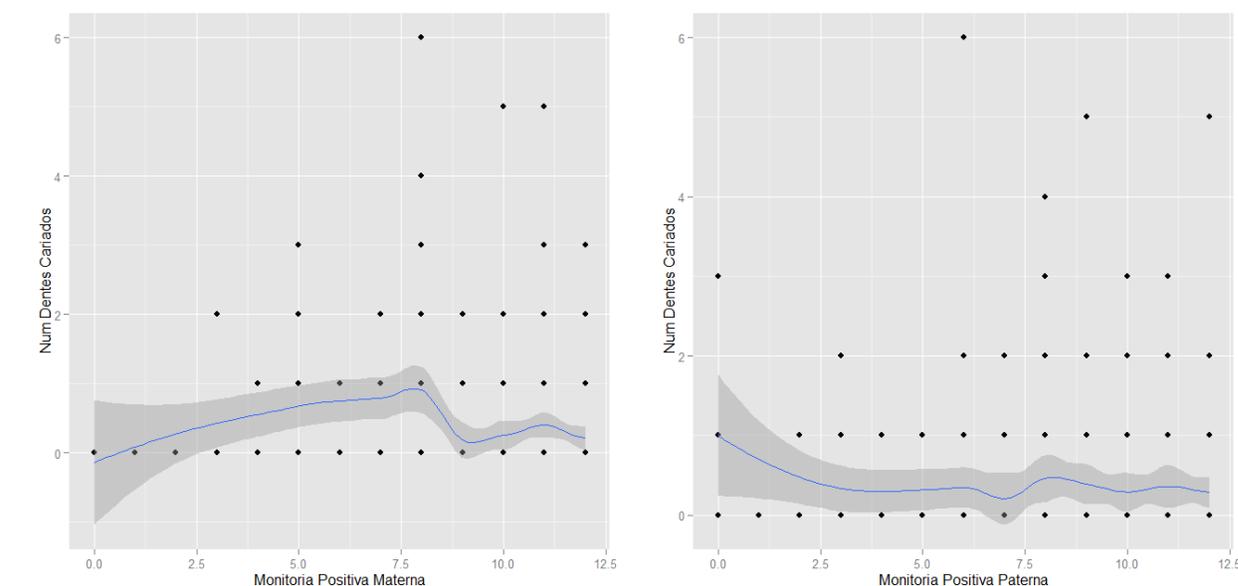
17. Algumas pessoas tem problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a você? (Marque com X na coluna correspondente)

	Não	Sim	Não Sei
<b>Nos últimos 6 meses, você teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?</b>			
<b>Nos últimos 6 meses, os seus dentes te incomodaram ao escovar?</b>			
<b>Nos últimos 6 meses, os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?</b>			
<b>Nos últimos 6 meses, deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?</b>			
<b>Nos últimos 6 meses, deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?</b>			
<b>Nos últimos 6 meses, teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?</b>			
<b>Nos últimos 6 meses, os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?</b>			
<b>Nos últimos 6 meses, os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola /trabalho?</b>			
<b>Nos últimos 6 meses, deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?</b>			

## APÊNDICE F – GRÁFICOS DE SUAUIZAÇÃO ENTRE MONITORIA POSITIVA E CÁRIE

A monitoria positiva abrange práticas que envolvem atenção e conhecimento dos pais sobre onde seu filho se encontra e o que ele faz, demonstrando interesse em saber como ele está e se há alguma ajuda que possa ser disponibilizada (GOMIDE, 2006). A partir do gráfico, constata-se que enquanto as práticas maternas de monitoria positiva tendem a aumentar (de zero a oito), aumenta-se também a quantidade de dentes cariados, seguido de uma queda brusca no número de dentes cariados até o valor máximo das práticas (até doze). No entanto, as práticas de monitoria positiva paterna nulas tendem a estar relacionada com uma maior prevalência de dentes cariados, que estabilizam a partir dos três pontos ou mais na escala.

Gráfico 1 – Número de dentes cariados por escore de monitoria positiva materna (esquerda) e paterna (direita).

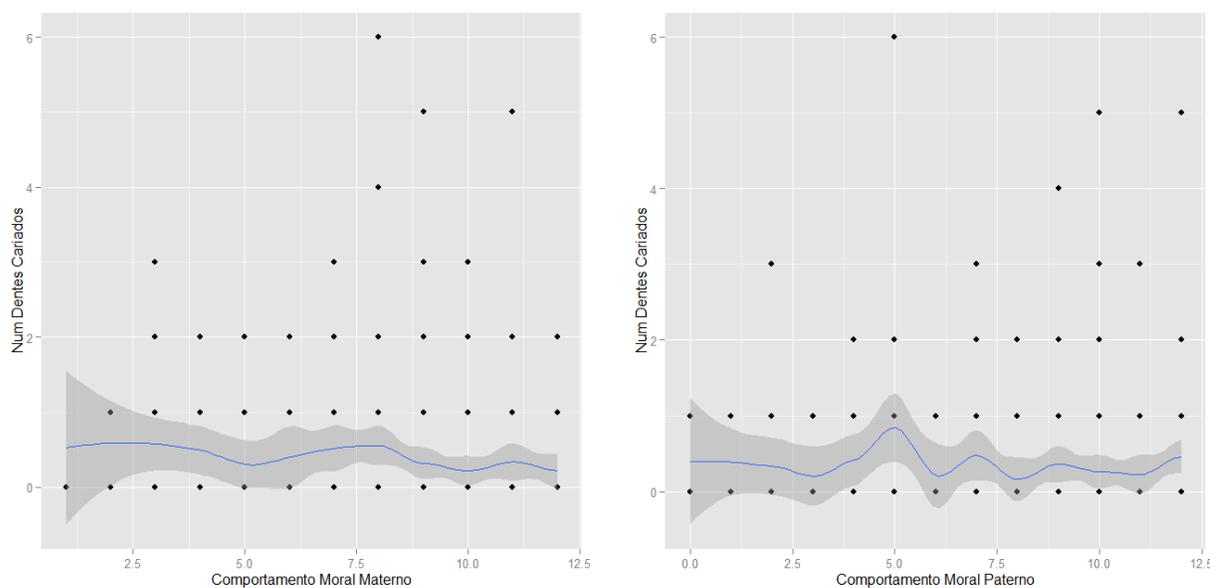


Fonte: da autora, 2016.

## APÊNDICE G – GRÁFICOS DE SUAUIZÃO ENTRE COMPORTAMENTO MORAL E CÁRIE

Entende-se por comportamento moral o ensinamento de valores como honestidade, empatia, senso de justiça, auxiliando na distinção entre certo e errado (GOMIDE, 2006). Por serem valores mais voltados às relações sociais, a priori não estão relacionados diretamente com doenças bucais, mas que podem refletir em comportamentos e suporte social que futuramente podem interferir na busca por serviços – através do processo de socialização – ou na situação emocional individual.

Gráfico 2 - Número de dentes cariados por escore de comportamento moral materno (esquerda) e paterno (direita).

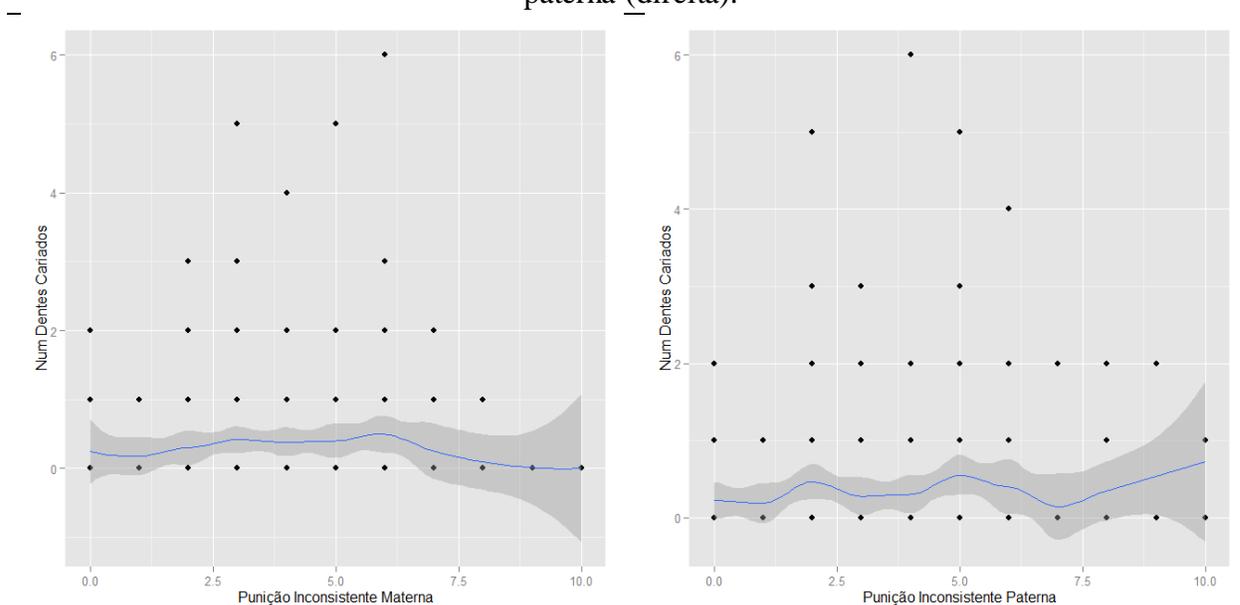


Fonte: da autora, 2016.

## APÊNDICE H – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE PUNIÇÃO INCONSISTENTE E CÁRIE

Geralmente associada à mudança de humor dos pais, onde as punições tendem a ser relacionadas ao estado emocional destes ao invés da atitude da criança (GOMIDE, 2006). Embora apresente certa estabilidade em relação às práticas maternas, é possível observar um aumento linear entre número de dentes cariados e práticas paternas mais frequentes (tais como sete ou mais).

Gráfico 3 - Número de dentes cariados por escore de punição inconsistente materna (esquerda) e paterna (direita).

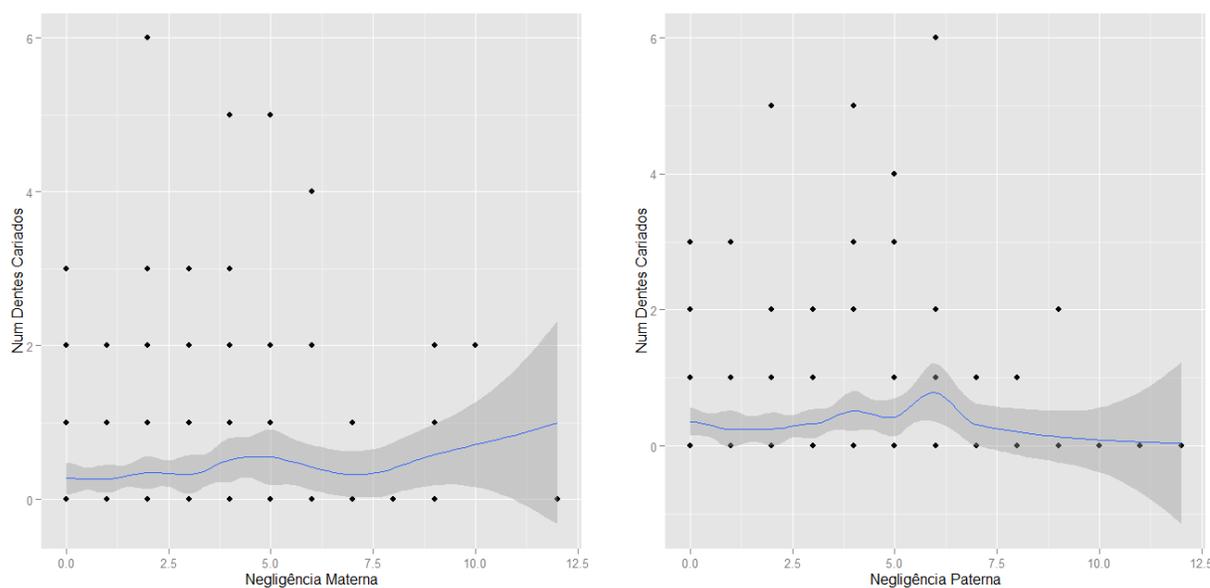


Fonte: da autora, 2016.

## APÊNDICE I – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE NEGLIGÊNCIA E CÁRIE

A negligência é caracterizada pela falta de atenção dos pais às necessidades dos seus filhos com omissão de auxílio ou responsabilidades frente a estes, podendo ou não interagir sem afeto, sem amor (GOMIDE, 2006). Esta é uma das práticas mais importantes em ser observadas, visto que a falta de carinho na interação com a criança pode desencadear sentimentos prejudiciais às interações sociais como insegurança ou hostilidade. Seguindo o mesmo raciocínio das práticas positivas, pensamos que com a ausência ou omissão dos pais frente às necessidades dos seus filhos tendem a gerar mais doença. Esta relação é clara em relação à prática materna, pois as crianças apresentam 0,5 dente cariado ou mais a partir do valor três (de doze) na escala da negligência, chegando a um dente cariado no valor máximo da escala. Esta relação não é tão clara para as práticas paternas, sendo possivelmente explicado pelo fato de que eles ficam menos tempo em casa do que as mães.

Gráfico 4 - Número de dentes cariados por escore de negligência materna (esquerda) e paterna (direita).

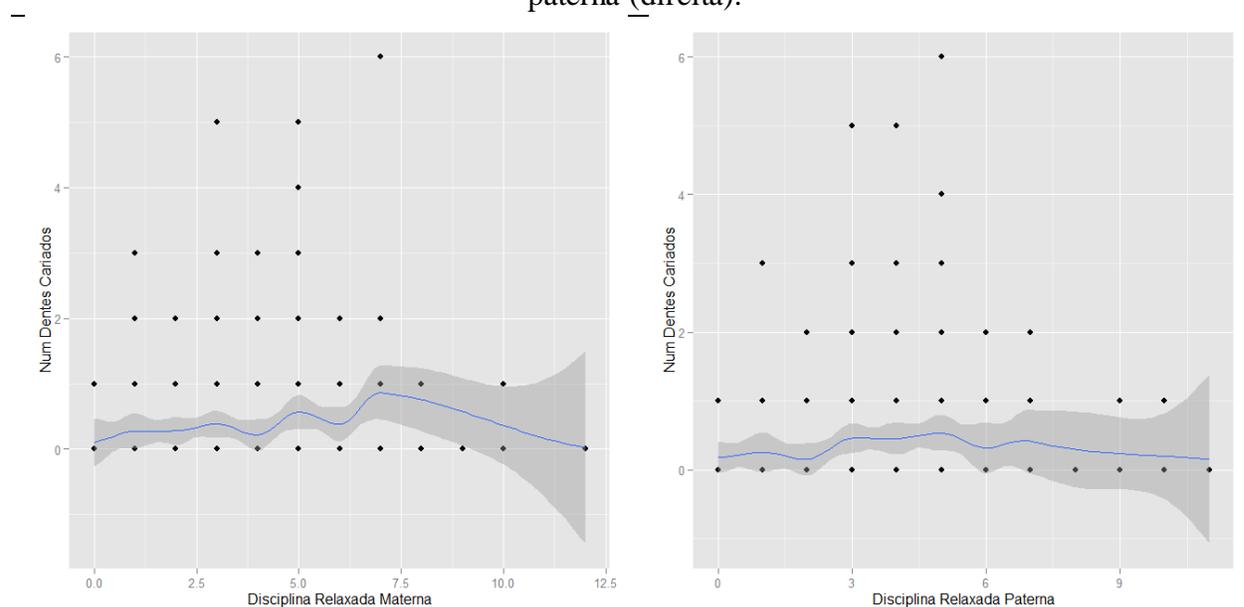


Fonte: da autora, 2016.

## APÊNDICE J – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE DISCIPLINA RELAXADA E CÁRIE

Práticas negativas em relação à disciplina acontecem quando as regras estabelecidas pelos responsáveis são esquecidas ou desrespeitadas por eles próprios (GOMIDE, 2006). Estes gráficos apresentam uma distribuição com algumas oscilações, embora as práticas maternas apresentem uma tendência de crescimento do escore quatro ao sete.

Gráfico 5 - Número de dentes cariados por escore de disciplina relaxada materna (esquerda) e paterna (direita).

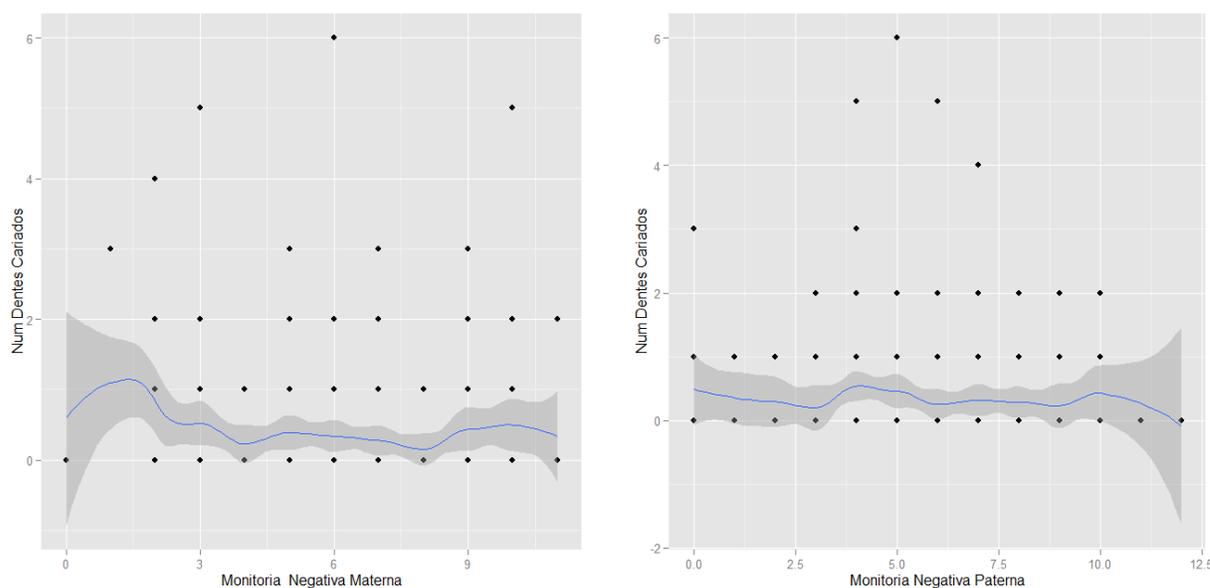


Fonte: da autora, 2016.

## APÊNDICE K – GRÁFICOS DE SUAUIZACÃO ENTRE MONITORIA NEGATIVA E CÁRIE

Monitoria negativa pode também ser considerada como supervisão estressante ou excesso de fiscalização dos pais sobre o seu filho. Tem como uma de suas características o excesso de instruções repetidas que tendem a não ser seguidas ou tendem a produzir um ambiente familiar hostil, estressado e sem diálogo (GOMIDE, 2006). Enquanto a monitoria negativa materna apresenta um pico no número de cárie quando nos seus escores mais baixos da prática, a monitoria negativa paterna apresenta-se razoavelmente constante com uma pequena oscilação. É importante lembrar que o valor de alpha para a MNmat foi o menor encontrado ( $\alpha = 0,41$ ).

Gráfico 6 - Número de dentes cariados por escore de monitoria negativa materna (esquerda) e paterna (direita).

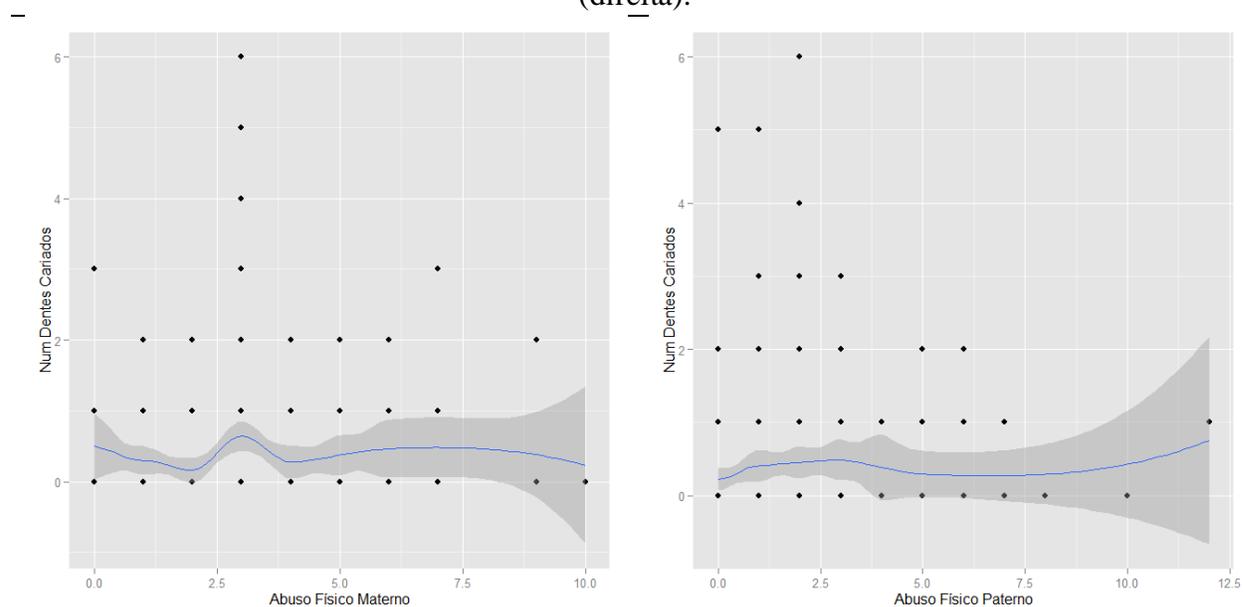


Fonte: da autora, 2016.

## APÊNDICE L – GRÁFICOS DE SUAUIZAÇÃO ENTRE ABUSO FÍSICO E CÁRIE

Neste inventário entende-se como abuso físico quando os pais, com a justificativa de estarem educando, machucam ou causam dor aos seus filhos (GOMIDE, 2006). O gráfico materno apresenta uma progressão constante com um pico aos três pontos do escore de abuso físico (que aproxima da média da população) enquanto o paterno tem uma tendência de aumento conforme aumenta o escore.

Gráfico 7 - Número de dentes cariados por escore de abuso físico materno (esquerda) e paterno (direita).



Fonte: da autora, 2016.

**APÊNDICE M - VALOR DE ALPHA POR QUESTÃO DO INVENTÁRIO DE ESTILOS  
PARENTAIS MATERNO.**

Tabela 5 - Valor de alpha por questão do Inventário de Estilos Parentais materno.

<b>IEP Materno</b>	<b>Alpha padronizado</b>	<b>R (item, total)</b>	<b>IEP Materno</b>	<b>Alpha padronizado</b>	<b>R (item, total)</b>
m01	0,69	0,07	m22	0,68	0,14
m02	0,69	0,06	m23	0,68	0,19
m03	0,67	0,26	m24	0,68	0,21
m04	0,68	0,11	m25	0,68	0,14
m05	0,68	0,25	m26	0,69	0,04
m06	0,68	0,25	m27	0,68	0,19
m07	0,68	0,20	m28	0,67	0,26
m08	0,68	0,14	m29	0,68	0,21
m09	0,68	0,16	m30	0,68	0,23
m10	0,68	0,17	m31	0,69	0,05
m11	0,68	0,12	m32	0,68	0,16
m12	0,67	0,27	m33	0,68	0,25
m13	0,67	0,28	m34	0,68	0,21
m14	0,67	0,29	m35	0,68	0,20
m15	0,68	0,19	m36	0,68	0,22
m16	0,69	0,12	m37	0,68	0,22
m17	0,67	0,37	m38	0,67	0,29
m18	0,69	0,06	m39	0,69	0,04
m19	0,69	-0,04	m40	0,68	0,19
m20	0,68	0,22	m41	0,68	0,68
m21	0,67	0,31	m42	0,69	0,68
			<b>Total</b>	0,69	0,68

Fonte: da autora, 2016.

**APÊNDICE N - VALOR DE ALPHA POR PERGUNTA DO INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS PATERNO.**

Tabela 6 - Valor de alpha por pergunta do Inventário de Estilos Parentais paterno.

<b>IEP Paterno</b>	<b>Alpha padronizado</b>	<b>R (item, total)</b>	<b>IEP Paterno</b>	<b>Alpha padronizado</b>	<b>R (item, total)</b>
p01	0,77	0,25	p22	0,77	0,21
p02	0,77	0,18	p23	0,77	0,30
p03	0,76	0,41	p24	0,76	0,37
p04	0,77	0,18	p25	0,77	0,06
p05	0,76	0,33	p26	0,77	0,12
p06	0,77	0,29	p27	0,76	0,35
p07	0,77	0,24	p28	0,77	0,27
p08	0,77	0,22	p29	0,77	0,20
p09	0,77	0,27	p30	0,77	0,34
p10	0,77	0,19	p31	0,77	0,15
p11	0,77	0,21	p32	0,77	0,14
p12	0,77	0,20	p33	0,77	0,32
p13	0,77	0,26	p34	0,77	0,25
p14	0,77	0,28	p35	0,77	0,15
p15	0,77	0,17	p36	0,77	0,30
p16	0,77	0,26	p37	0,77	0,31
p17	0,76	0,43	p38	0,76	0,32
p18	0,78	-0,01	p39	0,77	0,09
p19	0,77	0,13	p40	0,77	0,18
p20	0,77	0,34	p41	0,77	0,32
p21	0,77	0,29	p42	0,77	0,19
			<b>Total</b>	0,77	

Fonte: da autora, 2016.

**APÊNDICE O - VALOR DE ALPHA POR DOMÍNIO DO INVENTÁRIO DE ESTILOS  
PARENTAIS. 2016.**

Tabela 7 - Valor de alpha por domínio do Inventário de Estilos Parentais. 2016.  
(continua)

	<b>Alpha padronizado</b>	<b>R (item, total)</b>	<b>Alpha padronizado</b>	<b>R (item, total)</b>
	<b>Materno</b>		<b>Paterno</b>	
<b>Monitoria positiva</b>				
Pergunta 01	0,74	0,38	0,77	0,48
Pergunta 08	0,70	0,53	0,74	0,61
Pergunta 15	0,68	0,61	0,73	0,65
Pergunta 22	0,74	0,40	0,76	0,52
Pergunta 29	0,70	0,55	0,76	0,49
Pergunta 36	0,72	0,49	0,77	0,48
Total	0,75		0,79	
<b>Comportamento Moral</b>				
Pergunta 02	0,65	0,18	0,77	0,40
Pergunta 09	0,57	0,38	0,73	0,54
Pergunta 16	0,58	0,38	0,72	0,58
Pergunta 23	0,56	0,42	0,75	0,49
Pergunta 30	0,58	0,39	0,74	0,54
Pergunta 37	0,56	0,46	0,73	0,56
Total	0,63		0,77	
<b>Punição Inconsistente</b>				
Pergunta 03	0,46	0,21	0,56	0,43
Pergunta 10	0,51	0,10	0,64	0,24
Pergunta 17	0,50	0,13	0,61	0,32
Pergunta 24	0,33	0,41	0,54	0,48
Pergunta 31	0,43	0,24	0,60	0,31
Pergunta 38	0,36	0,36	0,58	0,39
Total	0,48		0,63	
<b>Negligência</b>				
Pergunta 04	0,68	0,37	0,70	0,44
Pergunta 11	0,65	0,47	0,69	0,46
Pergunta 18	0,70	0,31	0,73	0,35
Pergunta 25	0,65	0,48	0,68	0,52
Pergunta 32	0,65	0,48	0,68	0,49
Pergunta 39	0,64	0,49	0,68	0,51
Total	0,70		0,73	

Fonte: da autora, 2016.

Tabela 8 - Valor de alpha por domínio do Inventário de Estilos Parentais. 2016.  
(conclusão)

	Alpha padronizado	R (item, total)	Alpha padronizado	R (item, total)
	Materno		Paterno	
<b>Disciplina Relaxada</b>				
Pergunta 05	0,50	0,22	0,53	0,39
Pergunta 12	0,48	0,25	0,56	0,34
Pergunta 19	0,45	0,31	0,53	0,39
Pergunta 26	0,45	0,30	0,55	0,33
Pergunta 33	0,44	0,34	0,55	0,35
Pergunta 40	0,51	0,19	0,61	0,19
Total	0,52		0,60	
<b>Monitoria Negativa</b>				
Pergunta 06	0,38	0,17	0,47	0,18
Pergunta 13	0,38	0,19	0,41	0,32
Pergunta 20	0,37	0,19	0,38	0,38
Pergunta 27	0,41	0,12	0,52	0,09
Pergunta 34	0,36	0,21	0,45	0,23
Pergunta 41	0,30	0,31	0,41	0,32
Total	0,41		0,49	
<b>Abuso Físico</b>				
Pergunta 07	0,60	0,48	0,71	0,50
Pergunta 14	0,67	0,29	0,73	0,41
Pergunta 21	0,61	0,45	0,71	0,49
Pergunta 28	0,63	0,39	0,71	0,46
Pergunta 35	0,63	0,37	0,69	0,48
Pergunta 42	0,64	0,35	0,70	0,47
Total	0,67		0,75	

Fonte: da autora, 2016.

## ANEXO A – INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS

### Inventário de Estilos Parentais (IEP) Práticas parentais maternas

Paula Inez Cunha Gomide

O objetivo deste instrumento é estudar a maneira utilizada pelos pais na educação de seus filhos. Não existem respostas certas ou erradas. Responda cada questão com sinceridade e tranquilidade. Suas informações serão sigilosas. Escolha, entre as alternativas a seguir, aquelas que mais refletem a forma como sua mãe o(a) educa.

#### Identificação

Nome: _____	Idade: _____
Escolaridade: _____	Sexo: ( )m ( )f

Responda a tabela a seguir fazendo um X no quadrinho que melhor indicar a frequência com que sua MÃE ou responsável age nas situações relacionadas; mesmo que a situação descrita nunca tenha ocorrido, responda considerando o possível comportamento de sua mãe naquelas circunstâncias.

Utilize a legenda de acordo com o seguinte critério:

**NUNCA:** se, considerando 10 episódios, ela agiu daquela forma entre 0 a 2 vezes.

**ÀS VEZES:** se, considerando 10 episódios, ela agiu daquela forma entre 3 a 7 vezes.

**SEMPRE:** se, considerando 10 episódios, ela agiu daquela forma entre 8 a 10 vezes.

	Entre 10 episódios		
	8 a 10	3 a 7	0 a 2
	Sempre	Às vezes	Nunca
1. Quando saio conto a ela espontaneamente onde eu vou.			
2. Ela me ensina a devolver objetos ou dinheiro que não me pertencem.			
3. Quando faço algo errado, a punição de minha mãe é mais severa dependendo de seu humor.			
4. O trabalho de minha mãe atrapalha sua atenção para comigo.			
5. Ela ameaça que vai me bater ou castigar e depois nada acontece.			
6. Ela critica qualquer coisa que eu faça, como o quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados.			
7. Ela me bate com cinta ou outros objetos.			
8. Ela pergunta como foi meu dia na escola e me ouve atentamente.			
9. Se eu colar na prova, ela me explica que é melhor tirar nota baixa do que enganar a professora ou a mim mesmo(a).			

	Entre 10 episódios		
	8 a 10	3 a 7	0 a 2
	Sempre	Às vezes	Nunca
10. Quando ela está alegre, não se importa com as coisas erradas que eu faça.			
11. Sinto dificuldades em contar meus problemas para ela, pois vive ocupada.			
12. Quando ela me castiga, peço para sair do castigo, e, após um pouco de insistência, ela deixa.			
13. Quando saio, ela telefona me procurando muitas vezes.			
14. Tenho muito medo de apanhar dela.			
15. Quando estou triste ou aborrecido(a), ela se interessa em me ajudar a resolver o problema.			
16. Quando estrago alguma coisa de alguém, ela me ensina a contar o que fiz e pedir desculpas.			
17. Ela me castiga quando está nervosa; assim que passa a raiva, pede desculpas.			
18. Fico sozinho(a) em casa a maior parte do tempo.			
19. Durante uma briga, eu xingo ou grito com ela e, então, ela me deixa em paz.			
20. Ela controla com quem falo ou saio.			
21. Fico machucado(a) quando ela me bate.			
22. Mesmo quando está ocupada ou viajando, me telefona para saber como estou.			
23. Ela me aconselha a ler livros, revistas ou ver programas de TV que mostrem os efeitos negativos do uso de drogas.			
24. Quando ela está nervosa, acaba descontando em mim.			
25. Sinto que ela não me dá atenção.			
26. Quando ela me manda estudar, arrumar o quarto ou voltar para casa, e não obedeço, ela "deixa pra lá".			
27. Especialmente nas horas das refeições, ela fica dando as "broncas".			
28. Sinto ódio de minha mãe quando ela me bate.			
29. Após uma festa, ela quer saber se me diverti.			
30. Ela conversa comigo sobre o que é certo ou errado no comportamento dos personagens dos filmes e dos programas de TV.			
31. Ela é mal-humorada.			
32. Ela ignora o que eu gosto.			
33. Ela avisa que não vai me dar um presente caso não estude, mas, na hora "H", ela fica com pena e dá o presente.			
34. Se vou a uma festa, ela somente quer saber se bebi, se fumei ou se estava com aquele grupo de maus elementos.			
35. Ela é agressiva comigo.			
36. Ela estabelece regras (o que pode e o que não pode ser feito) e explica suas razões sem brigar.			
37. Ela conversa sobre meu futuro trabalho mostrando os pontos positivos ou negativos da minha escolha.			
38. O mau humor dela impede que eu saia com os amigos.			
39. Ela ignora meus problemas.			
40. Quando fico muito nervoso(a) em uma discussão ou briga, percebo que isto amedronta minha mãe.			
41. Quando estou aborrecido(a), ela fica insistindo para eu contar o que aconteceu, mesmo que eu não queira contar.			
42. Ela é violenta.			

Este inventário é referente à obra *Inventário de Estilos Parentais*.

## ANEXO B – NOTÍCIA VEICULADA NO SITE DA CIDADE DE PEJUÇARA.

Figura 2 - Notícia veiculada no site da cidade de Pejuçara. 2016.

16/06/2016 12h18 - Atualizado em 16/06/2016 12h18

### Pesquisa sobre Saúde Bucal é realizada nas escolas de Pejuçara

Tweetar  
Compartilhar 0



Na última segunda-feira (13), o prefeito Eduardo Buzzatti recebeu no gabinete a graduanda em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mariél de Aquino Goulart, que apresentou um projeto de pesquisa desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Curso que será aplicado no município. O objetivo principal é fazer uma pesquisa sobre a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes de 9 a 13 anos na Escola Municipal e Escola Ângelo Furian.

O trabalho será orientado pelo Professor Roger Keller Celeste, MSc, PhD, da UFRGS, com o auxílio da mestranda Édina Vendrame. A Cirurgiã-Dentista Responsável pela Saúde Bucal, Francieli Raquel Beier, a Auxiliar de Saúde Bucal Itamara Mantovani Tolfo e as Agentes Comunitárias de Saúde Angelita Tolazzi e Fabiele Zanetti Flores estão ajudando na execução e registro das atividades.

FONTE: Site do Município de Pejuçara (<http://www.pejucara.rs.gov.br/>)