



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**CÁRIE DENTÁRIA NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTO PSICOSSOCIAL DA MÃE E
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL DA MÃE E DOS ADOLESCENTES**

JÚLIA FREIRE DANIGNO

2020



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**CÁRIE DENTÁRIA NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS PSICOSSOCIAL DA MÃE E
COMPORTAMENTO DE SAÚDE BUCAL DA MÃE E DOS ADOLESCENTES**

**Júlia Freire Danigno
Mestranda**

**Alexandre Emidio Ribeiro Silva
Orientador**

RIO GRANDE, RS, NOVEMBRO DE 2020

JÚLIA FREIRE DANIGNO

**CÁRIE DENTÁRIA NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTO PSICOSSOCIAL DA MÃE E
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL DA MÃE E DOS ADOLESCENTES**

**Dissertação de Mestrado apresentada como
requisito Parcial para obtenção do título de
mestre junto ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública Da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Emidio Ribeiro Silva

RIO GRANDE, RS, NOVEMBRO DE 2020

Ficha Catalográfica

D186c Danigno, Júlia Freire.
Cárie dentária na adolescência: aspecto psicossocial da mãe e comportamentos de saúde bucal da mãe e dos adolescentes / Júlia Freire Danigno. – 2020.
137 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio Grande/RS, 2020.

Orientador: Dr. Alexandre Emidio Ribeiro Silva.

1. Cárie Dentária 2. Saúde Bucal 3. Senso de Coerência
4. Comportamento 5. Mecanismos Comportamentais I. Silva, Alexandre Emidio Ribeiro II. Título.

CDU 616.314-002

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

JÚLIA FREIRE DANIGNO

**CÁRIE DENTÁRIA NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTO PSICOSSOCIAL DA MÃE E
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL DA MÃE E DOS ADOLESCENTES**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Alexandre Emidio Ribeiro Silva
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel
Orientador

Prof. Dra. Maria Cecília Formoso Assunção
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel
Examinador interno

Profa. Dra. Andreia Morales Cascaes
Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel
Examinador externo

Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, NOVEMBRO DE 2019

LISTA DE SIGLAS

ceo-d	Correspondente do CPO-S na dentição decídua
ceo-s	Correspondente do CPO-S na dentição decídua.
CPO-D	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados.
CPO-S	Índice de superfícies cariados, perdidos e obturados
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Healings
OMS	Organização Mundial da Saúde
QVRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
SBBrazil	Levantamento Nacional de Saúde Bucal do Brasil
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SOC	Senso de coerência

Resumo

Objetivo: Verificar a associação entre os comportamentos de saúde bucal dos adolescentes e cárie dentária e se os comportamentos de saúde bucal da mãe e o aspecto psicossocial materno mediam a relação entre os comportamentos de saúde bucal do adolescente e a presença de cárie dentária. **População alvo:** adolescentes de 12 e 13 anos participantes da coorte de nascimentos de Pelotas- RS **Delineamento:** Estudo transversal aninhado a uma coorte **Desfecho:** O desfecho do estudo foi a cárie dentária utilizando o índice CPOS – superfícies cariadas, perdidas e obturadas, proposto pela Organização Mundial de Saúde - OMS. **Processo amostral:** Foram realizadas 1000 entrevistas com o responsável pelo adolescente e 992 com os adolescentes. Quanto aos exames de saúde bucal foram realizados 996 exames completos. A taxa de resposta do estudo aos 12-13 anos de idade foi de 76,4 % da amostra original de saúde bucal (n=1.303). **Análise estatística:** Foram realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas das variáveis de exposição do estudo, a análise de mediação com o cálculo dos efeitos diretos, indiretos e totais relacionados as variáveis de comportamento de saúde bucal da mãe e senso de coerência materno com os comportamentos de saúde bucal e cárie dentária adolescente e, por fim, análise de regressão de Poisson bruta e ajustada para os comportamentos de saúde bucal do adolescente e cárie dentária. Para todas análises foi considerado um nível de significância de 5%. **Resultados:** A prevalência de cárie dentária foi de 36,9%. Não foi observado mediação entre os comportamentos de saúde bucal e o senso de coerência da mãe com os comportamentos de saúde bucal dos adolescentes e cárie dentária. Os adolescentes que possuíam pior de comportamento de saúde bucal, após a análise ajustada tinham maior probabilidade de ter cárie dentária do que aqueles tinham melhor escore de comportamento de saúde bucal (RP:1,62 IC95%: 1,23-2,12). **Conclusão:** O presente estudo encontrou uma prevalência importância de cárie dentária. Os comportamentos maternos e o senso de coerência não mediaram a relação entre os comportamentos de saúde bucal do adolescente e cárie dentária, mas sim foi observado que os comportamentos de saúde bucal relacionados ao adolescente influenciaram a presença de cárie dentária dos mesmos.

Descritores: Cárie Dentária, Saúde Bucal, Senso de Coerência, Comportamento e Mecanismos Comportamentais

Dental Caries in adolescence: psychosocial aspect of the mother and oral health behaviors of the mother and adolescents

ABSTRACT

Aim: Verify the association between adolescents' oral health behaviors and dental caries and whether the mother's oral health behaviors and the maternal psychosocial aspect mediate the relationship between the adolescent's oral health behaviors and the presence of dental caries. **Target population:** Adolescents aged 12-13 from the Pelotas-RS birth cohort. **Design:** Cross-sectional study nested in a Cohort. **Outcome:** The dental caries were measured using the Decayed, Missing, and Filled Surface (DMFS) index, as proposed by the World Health Organization (WHO) **Sampling process:** 1000 interviews were carried out with the person responsible for the teenager and 992 with the adolescents. As for oral health exams, 996 complete exams were performed. The response rate of the study at 12-13 years of age was 76.4% of the original oral health sample (n = 1,303). **Statistical analysis:** Descriptive analyzes of the study's exposure variables were analyzed, a mediation analysis such as oral health behavior variables and the mother's sense of coherence with oral health and caries behaviors adolescent dental and, finally, crude and adjusted Poisson regression analysis for the adolescent's oral health behavior and dental caries. Descriptive analyzes were performed of the study's exposure variables, mediation analysis between as oral health behavior variables and the mother's sense of coherence with oral health and dental caries behaviors adolescent and, finally, crude and adjusted Poisson regression analysis for the adolescent's oral health behavior and dental caries. For all analyzes, a significance level of 5% was considered. **Results:** The prevalence of dental caries was 39.6%. The mediation between oral health behaviors and the mother's sense of coherence with adolescent oral health behaviors and dental caries was not observed. Adolescents who had worse oral health behavior after an adjusted analysis were more likely to have dental caries than those who had a better oral health behavior score (PR:1,62 IC95%: 1,23-2,12). **Conclusion:** In the present study, the prevalence of dental caries was considerable. Maternal behaviors and psychosocial aspects such as the sense of coherence does not influence the dental caries of their adolescent at 12 years old, which is caused by the oral health behaviors of the adolescent himself. **Descriptors:** Dental Caries, Oral Health, Sense of Coherence and Behavior and Behavior Mechanisms

CONTEÚDOS DO VOLUME

1.	Projeto	11
2.	Relatório do trabalho de campo	50
3.	Adaptações em relação ao projeto inicial	77
4.	Normas da Revista a qual o artigo	80
5.	Artigo	91
6.	Nota à imprensa	108
7.	Anexos	111

CÁRIE DENTÁRIA NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTO PSICOSSOCIAL DA MÃE E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL DA MÃE E DOS ADOLESCENTES

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 PROJETO	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
3 JUSTIFICATIVA	25
4 OBJETIVOS	26
4.1 Objetivos Gerais	26
4.2 Objetivos Específicos	26
5 HIPÓTESES	27
5 MODELO TEÓRICO	28
7 METODOLOGIA	30
8 PLANO DE ANÁLISE	43
9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
10 CRONOGRAMA	45
11 ORÇAMENTO	46
REFERÊNCIAS	47
2 RELATÓRIO DE CAMPO	50
3 ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL	77
4 NORMAS DA REVISTA	80
5 ARTIGO	91
5.1 INTRODUÇÃO	94
5.2 METODOLOGIA	95

5.3 RESULTADOS	98
5.4 DISCUSSÃO	99
5.5 CONCLUSÃO	101
5.6 REFERÊNCIAS	102
6. NOTA A IMPRENSA	108
7. ANEXOS	111

APRESENTAÇÃO

O presente estudo integra a linha de pesquisa “Saúde Materno infantil e do adolescente” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande, em nível de Mestrado.

As etapas desenvolvidas no presente trabalho foram organizadas em capítulos e serão apresentados da seguinte forma:

- PROJETO DE PESQUISA

- RELATÓRIO DE CAMPO

- ARTIGO - **CÁRIE DENTÁRIA NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTO PSICOSSOCIAL DA MÃE E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL DA MÃE E DOS ADOLESCENTES**

- NOTA À IMPRENSA

- ANEXOS

1. Projeto

1 INTRODUÇÃO

A família é o componente principal para que um adolescente tenha uma boa saúde, a mãe é protagonista desse cenário. São elas as responsáveis por transmitir conhecimentos sobre saúde, bem como manter a saúde de seus filhos (LAGE, 2016). Assumem um papel central na formação, transmissão e desenvolvimento social dos outros membros da família, especialmente dos filhos. É comum a saúde da mãe e do filho serem similares ou estarem ligadas aos mesmos determinantes sociais, uma vez que vivem em um mesmo contexto social (KAUR, 2017).

Nas últimas décadas, os estudos realizados na área da saúde pública aumentaram o interesse de entender os determinantes sociais que atuam no processo saúde e doença. A etiologia multifatorial inclui não apenas os fatores biológicos, mas também ambientais, sociais e culturais que influenciam as atitudes e comportamentos em relação à saúde. Este tema levou ao surgimento de abordagens teóricas que enfatizam contexto social e sua interação com fatores biológicos e fatores psicológicos, o senso de coerência (SOC) é uma dessas abordagens (FERNANDES, 2016).

O senso de coerência é uma teoria proposta por Antonovsky, na qual os indivíduos estão constantemente expostos a mudanças e eventos que podem ser considerados estressores. Grandes eventos na vida podem afetar e reduzir saúde temporariamente, mas também fortalecer e possibilitar gerenciamento do estresse (VINJE, 2017). O conceito de SOC é uma estrutura psicossocial útil em promoção da saúde, pois se concentra nessa capacidade de usar recursos apesar de diferentes estressores agindo em uma abordagem orientada a problemas, a teoria também age como um guia para entender diferentes escolhas de vida que as pessoas fazem e os caminhos que eles seguem (KAUR, 2017). O senso de coerência é medido através de uma escala, em sua versão reduzida com 10 questões, onde é calculado um escore. Os valores de SOC mais altos estão relacionados a utilizar uma gama de recursos disponíveis para lidar com as demandas. Assim, quanto mais forte o SOC, as pessoas mais procurarão ações preventivas e serviços odontológicos, que, por sua vez, podem ajudar a manter saúde, inclusive saúde bucal (DA SILVA, 2011).

A cárie dentária é uma doença multifatorial que inclui determinantes genéticos, biológicos, comportamentais e sociais (Selwitz, 2007) e afeta a qualidade de vida dos

indivíduos. Embora os fatores etiológicos sejam conhecidos há anos, a redução do número de dentes cariados e perdidos em crianças ainda permanece como uma barreira, sendo difícil entender os caminhos complexos pelos quais fatores psicossociais e comportamentais atuam na determinação da doença cárie (Nelson, 2012).

A idade dos 12 anos é considerada uma idade índice para comparações entre países quanto à cárie dentária. Nesta fase, os adolescentes passam por situações de resistência quanto às cobranças impostas pelos pais. Porém, os pais ainda são modelos sociais, podendo ter influências na saúde dos mesmos. Sendo assim, estima-se que mães com valores de SOC mais baixo são mais prováveis ter filhos com cárie dentária ao mesmo tempo que mães com SOC mais altos compartilham com seus filhos ambientes menos estressantes, perturbadores e caóticos facilitando a seleção de mães com comportamentos positivos, como levar o filho para uma consulta odontológica, principalmente por razões preventivas, diminuindo a chance do aparecimento da doença cárie. (DA SILVA, 2011).

Portanto, o objetivo desse estudo será analisar associação entre senso de coerência materno com cárie dentária dos adolescentes aos 12 anos de idade participantes da Coorte de Nascimentos de Pelotas- RS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura foi dividida em quatro pontos a fim de apresentar a importância do tema proposto no presente projeto: 1. A adolescência e saúde bucal; 2. O senso de coerência e saúde bucal; 3. Cárie dentária e influências psicossociais e maternas e 4. Senso de coerência e cárie dentária. Esse último tópico será apresentado a fim de expressar a base do conhecimento para construção do tema de trabalho proposto.

A busca da literatura sobre o tema foi realizado nas bases de dados PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), BBO – Odontologia e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Os termos utilizados na língua inglesa foram “*maternal sense of coherence*” e “*mothers sense of coherence*” associado aos outros termos descritores individualmente: “*oral health*”, “*dental caries*”, “*periodontal disease*” e “*dental trauma*” utilizando descritor booleano “*and*”.

Sense of coherence e *oral health* são palavras-chaves e termos descritos pelo Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCs).

Alguns termos acima foram escolhidos por serem amplamente utilizados e outros para verificar se tinham relação com o senso de coerência materno.

Foram encontrados 126 registros nas bases de dados que contemplassem os requisitos escolhidos. Após remoção de duplicatas, foram identificados 39 artigos que foram lidos títulos e resumos. 20 registros foram excluídos por não serem representativos do tema. 19 registros foram lidos na íntegra, destes, 12 foram selecionados para leitura e análise por conterem o Senso de Coerência como desfecho ou exposição principal, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Relação de descritores e artigos encontrados nas bases de dados, 2019

DESCRITORES	BASES DE DADOS				
	PUBMED	LILACS	BBO	SCIELO	MEDLINE
<i>maternal and sense of coherence and oral health</i>	18	2	1	1	20
<i>maternal and sense of coherence and carie</i>	12	1	1	0	2
<i>maternal and sense of coherence and periodontal disease</i>	2	0	0	0	2
<i>maternal sense of coherence and dental trauma</i>	2	0	0	0	0
<i>mothers sense of coherence and oral health</i>	16	3	3	0	14
<i>mothers sense of coherence and carie</i>	8	3	4	0	5
<i>mothers sense of coherence and periodontal disease</i>	2	0	0	0	1
<i>mothers sense of coherence and dental trauma</i>	2	0	0	0	1
TOTAL DE REFERÊNCIAS	126				
TOTAL DE DUPLICATAS	87				
TOTAL DE REFERÊNCIAS APÓS REMOÇÃO DE DUPLICATAS	39				

Abaixo o fluxograma (figura 1) criado sobre a seleção dos artigos, de que forma e porque foram selecionados ou excluídos.

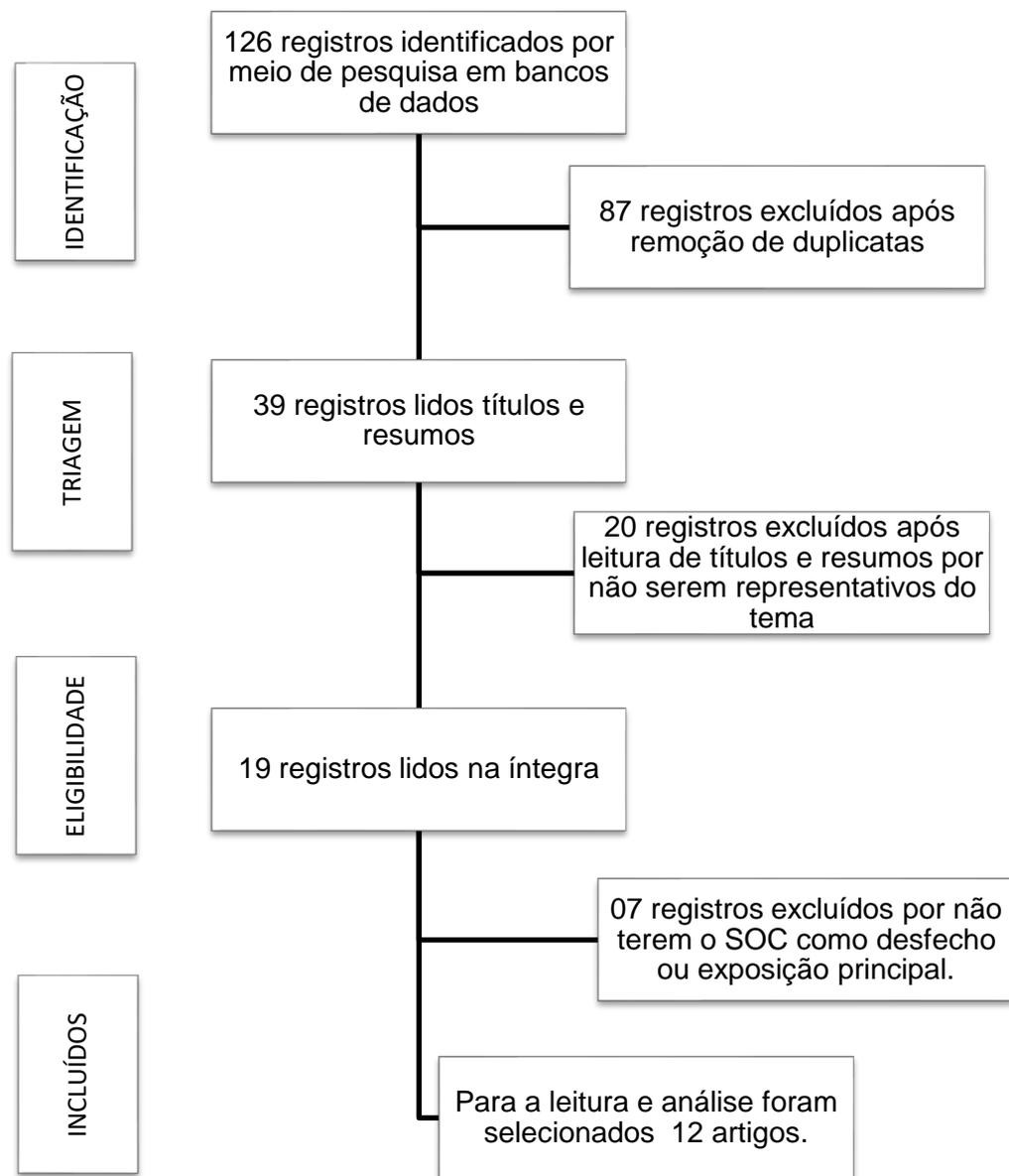


FIGURA 1 – Fluxograma de Seleção dos artigos científicos. 2019.

Os artigos incluídos na revisão sistemática estão descritos na tabela 1.

Essa revisão auxiliou na construção e elaboração da base teórica do presente projeto. Além dos artigos identificados, revisões sistemáticas e algumas referências dos próprios artigos também formaram a base para a construção da presente revisão de literatura.

Quadro 2 - Estudos selecionados e principais resultados. 2019

Ano	Autor	País	Objetivo	Delineamento	Participantes	Variáveis	Instrumentos	Principais resultados
2008	BONANATO et al	Brasil	Avaliar a relação entre a saúde bucal de pré-escolares e o Senso de Coerência (SOC) materno.	Transversal	42 mães e suas crianças de 8 meses a 5 anos de idade, matriculados em uma creche pública.	Ausência/Presença de cárie dentária; Características sociodemográficas; Senso de coerência materno; Frequência de higiene bucal.	Escala de Senso de Coerência (versão curta) Índice ceo-d	Não houve diferença estatisticamente significativa entre o índice ceo-d, o gênero e a higiene bucal da criança, nem com o SOC materno. A chance de crianças de 4 a 5 anos apresentar ceo-d ≥ 1 foi 7,5 vezes maior que para as crianças de 8 meses a 3 anos, independentemente das demais variáveis.
2009	BONANATO et al	Brasil	Avaliar a relação entre a saúde bucal de pré-escolares e o Senso de Coerência (SOC) materno em uma amostra representativa de pré-escolares de 5 anos.	Transversal	546 mães e seus filhos de 5 anos de idade, selecionados de pré-escolas.	Experiência de cárie dentária, placa dentária visível, cálculo, gengivite. Características sociodemográficas. Senso de coerência materno.	Escala de Senso de Coerência (versão curta)	Mães com um menor SOC eram mais propensas a ter filhos com dentes cariados, exposição da polpa dentária independente da classe social e do gênero.
2011	DA SILVA et al	Brasil	Avaliar a relação de baixo nível socioeconômico - Senso de Coerência (SOC) da mãe e a utilização de serviços odontológicos.	Transversal	190 escolares de 11-12 anos e suas mães	Uso de serviço odontológico; Características demográficas e socioeconômicas; Cuidados dentários; Saúde bucal infantil; Comportamento de saúde bucal; Estado dentário (índice CPO-S); Índice de placa visível; índice de sangramento à sondagem; Senso de Coerência materno	Índice CPO-s; Escala de senso de coerência (versão curta)	As crianças cujas mães tinham níveis mais altos de SOC faziam mais uso de serviços odontológicos e visitavam o dentista, principalmente para check-ups (exceto tratamento dentário) do que aqueles cujas mães tinham níveis mais baixos de SOC, mesmo após ajuste para variáveis socioeconômicas.
2012	LACERDA et al	Brasil	Verificar a relação entre o senso de coerência materno das mães de pré-escolares e as variáveis idade, renda, escolaridade, trabalho, moradia e percepção da saúde bucal.	Transversal	640 mães de pré-escolares de 4-5 anos	Características socioeconômicas (idade, renda, escolaridade, trabalho, moradia), percepção de saúde bucal, senso de coerência	Escala de Senso de Coerência	Houve associação entre menores valores do senso de coerência materno e condições socioeconômicas desfavoráveis. O senso de coerência materno tem fortes características psicológicas e pode ser um determinante de saúde bucal.

2013	ALM et al	Grécia	Examinar associação da prevalência de traumas dentários com Senso de Coerência e fatores psicossociais em um grupo de adolescentes, além de identificar o perfil psicológico de um adolescente com baixa suscetibilidade à trama dentário.	Transversal	531 estudantes com idade de 13-16 e suas mães.	Características sociodemográficas; Escore de senso de coerência do adolescente e da mãe; Dimensões de relação familiar; Escala de Influência Familiar; Reclamações de colegas na escola; Atividade física regular; Exame escolar do ano anterior; Causas trauma dentário ;	Escala de Senso de Coerência (versão curta) Escala de influência familiar;	Tanto o seu próprio SoC quanto o materno quando baixos também havia baixo apoio parental. Fatores psicossociais parecem influenciar o risco de um adolescente em relação ao trauma dentário. Alto apoio parental, SoC próprio e materno alto e maior nível socioeconômico são típicos de adolescentes com baixa experiência em trauma dentário.
2013	QIU et al	China	Investigar a relação entre comportamentos relacionados à saúde bucal de crianças de 5 anos no sul da China e SOC de seus cuidadores.	Transversal	1332 crianças de 5 anos e seus cuidadores	Características sociodemográficas, / Comportamentos relacionados à saúde bucal (frequência da ingestão de açúcar, frequência de escovação, utilização do serviço odontológico e padrões de visita ao dentista) /Senso de coerência	Escala de Senso de Coerência	Não foi encontrada nenhuma associação entre a ingestão de lanches açucarados das crianças e o SOC da mãe ou do pai. Foi associado com o SOC de seus avós, que eram um pequeno grupo de cuidadores.
2014	DA SILVA et al	Brasil	Avaliar a relação de resiliência infantil e senso de coerência materno(SOC) com status gengival em crianças de baixa renda.	Transversal	190 escolares de 11-12 anos e suas mães	Resiliência infantil; Senso de coerência; Características socioeconômicas, status gengival , uso de serviço odontológico, cuidados dentários.	Escala de resiliência Escala de senso de coerência (versão curta)	Falta de associação entre os fatores maternos SOC e sangramento gengival na sondagem em crianças

2016	SÁ PINTO et al.	Brasil	Avaliar a associação entre a saúde bucal de bebês com 6-36 meses de idade e o senso de coerência da mãe (SOC).	Transversal	32 mães e seus bebês de 6-36 meses	Cárie dentária pelos critérios da OMS, placa dentária; Características sociodemográficas; Senso de Coerência;	CPO-S Escala de senso de coerência	O senso de coerência da mãe não foi associado à cárie dentária e associou-se à higiene bucal noturna de bebês e com renda familiar mensal.
2017	FERNANDES et al	Brasil	Avaliar a relação entre senso de coerência (SOC) e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) entre crianças de um a três anos.	Transversal	276 pares de mães-crianças de 1-3 anos	Características sociodemográficas, qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) , senso de coerência materno.	Escala de Senso de Coerência (SOC) Qualidade de vida relacionado à saúde bucal (OHRQoL)	SOC foi significativamente associado com OHRQoL da criança na análise multivariada. Filhos de mães com alto SOC apresentaram menor prevalência de impacto negativo na QVRSB. Crianças com cárie dentária severa apresentaram maior prevalência de impacto negativo na QVRSB.
2017	KAUR et al	Índia	Explorar o impacto do senso de coerência materno na saúde bucal das crianças.	Transversal	200 crianças de 4-8 anos e suas mães	Ceo-s , CPOD, senso de coerência materno	Ceo-s CPOD Escala de Senso de Coerência	O ambiente familiar influencia significativamente comportamento de escovação dentária. CPO-D e CPO-S mostraram relação estatisticamente significante com o nível de SOC materno. Houve uma relação inversa entre o nível SOC da mãe e o estado de cárie dentária dos filhos.
2017	LAGE et al	Brasil	Investigar associações entre experiência de cárie dentária experiência e SOC entre mães e adolescentes.	Transversal	1195 adolescentes e suas mães colocar idade dos adolescentes	Características socioeconômicas, experiência de cárie dentária , placa visível,	Escala de senso de coerência CPO-D	Uma correlação moderada foi encontrado entre o grupo SOC de mães e adolescentes. Uma mãe e adolescente com alto SOC foram fatores de proteção contra a experiência de cárie dentária nos adolescentes. A prevalência de cárie dentária a experiência foi maior entre adolescentes com placa visível.

2.1 Adolescência e saúde bucal

Existem períodos críticos na vida das pessoas na qual a adoção de comportamentos relacionados à saúde irá influenciar outros períodos futuramente, sendo um desses períodos a adolescência (SKINNER et al, 2014).

A Organização Mundial da Saúde determina como adolescência o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos (WHO, 2007). Este período é determinado pela puberdade, pelo ambiente familiar e cultural. O adolescente está em busca de uma nova identidade. Seu estado emocional é marcado por constantes flutuações de humor, insegurança e por contradição de condutas. (Oliveira et al, 2011) A maioria dos adolescentes tendem a exibir um comportamento de oposição em relação aos pais e professores, dificultando frequentemente o aconselhamento em educação em saúde (SKINNER et al, 2014). Porém, mesmo nesse estado de abertura à outros fatores de socialização, os pais são os principais e mais importantes modelos sociais para seus filhos. (ALM, 2007) Quanto à saúde bucal, não é diferente, os adolescentes mesmo seguindo suas próprias escolhas quanto à hábitos e rotinas de saúde bucal, ainda tem a família como um importante modelo do desenvolvimento desses comportamentos relacionados à saúde. (ALM, 2007) O final da infância e início da adolescência é fundamental para o estabelecimento de hábitos positivos de higiene em saúde bucal. Situações da infância da criança, boas ou ruins da saúde bucal, continuam interagindo durante a idade adulta. (ALM, 2007) (SKINNER et al, 2014)

Porém, a maior parte da literatura sobre fatores preditores que influenciam na saúde bucal em adolescentes é limitada aos fatores individuais (fatores sócio-comportamentais, de estilo de vida e biológicos) e fatores de nível comunitário, contudo é necessário acrescentar os efeitos das circunstâncias familiares, e, diante do atual panorama avaliar os fatores psicológicos da mãe, como o senso de coerência, é de extrema importância para a construção do conhecimento das causas multifatoriais das doenças bucais, como por exemplo, para a cárie dentária (ALM, 2007)(KUMAR, 2015).

2.2 Senso de Coerência e saúde bucal

A definição do senso de coerência foi descrita por Antonovsky (1987) em seu livro *Desvendando o mistério da saúde*. Pesquisador, sociólogo, médico, nascido em Israel, que dedicou seu estudo à Salutogênese, a gênese da saúde, percebendo o homem como parte

de um contexto maior. Analisou a interação do homem com o seu ambiente e percebeu que o "caos" e a mudança são estados normais da vida. O desafio para o indivíduo é gerenciar esse caos e encontrar estratégias e recursos para lidar com essas mudanças da vida (Erickson, 2016).

Essa visão de saúde, e seu conceito-chave, o chamado senso de coerência surgiu quando Antonovsky iniciou um estudo entre diferentes grupos étnicos de mulheres em Israel para investigar sintomas na menopausa. Ele realizou entrevistas que tinham por objetivo avaliar a saúde e também os eventos estressantes da vida (perda de visão, marido, doença graves). Ele encontrou que 29% das mulheres relataram boa saúde apesar de terem sobrevivido ao Holocausto. Isso levantou a questão como era possível ter uma boa saúde referida após um trauma como o Holocausto. Esse foi o grande estopim para o estudo de Antonovsky que foi da patogênese para a salutogênese (Benz, 2014).

O Senso de coerência é a capacidade de compreender toda a situação e usar os recursos disponíveis. Capacidade das pessoas de avaliarem e entenderem a situação que se encontram, de encontrar um significado para ir à uma direção que promova saúde - compreender, dar significado e gerenciar (Erickson, 2016).

O SOC pode ser medido usando a ferramenta de avaliação proposta por Antonovsky, que está disponível nas versões completa e reduzida. Essa escala permite a quantificação do grau de adaptabilidade do indivíduo a seu ambiente e as situações adversas. Aqueles que têm um SOC mais alto são mais propensos a fazer escolhas saudáveis (LAGE, 2016)

Antonovsky supôs que os indivíduos estão constantemente expostos as mudanças e aos eventos que podem ser considerados estressores. Grandes eventos na vida podem afetar a saúde, podem reduzir saúde temporariamente, mas também podem fortalecer a possibilidade de gerenciamento do estresse (VINJE, 2017).

Nas últimas duas décadas, um número considerável de publicações científicas direcionou esse conceito para revelar possíveis associações entre o SOC e diferentes aspectos da saúde e da doença (Boman et al, 2012) Foi encontrado que o SOC prediz fortemente a saúde geral e também bucal. (Eriksson e Lindstrom, 2006, 2007; Baker et al., 2010; Gururatana, 2011) O SOC promove a saúde de três maneiras: primeiro, através de um caminho fisiológico pelo qual indivíduos com SOC mais alto experimentam menos estresse, levando a menores efeitos físicos ou biológicos, neste caso doenças bucais (Lindfors et al., 2005); segundo, o SOC pode fazer com que pessoas selecionem comportamentos favoráveis,

como escovar os dentes com frequência, menor consumo de açúcar ou buscar atendimento odontológico regular (Bernabe et al., 2009). O terceiro mecanismo é através de um caminho emocional em que o SOC ajuda as pessoas a lidar melhor com o estresse e a sentir que suas vidas são mais gerenciáveis, o que pode ser evidente como a menor percepção dos sintomas associados à intervenção (Namontri, 2012)

Muitas características dos pais afetam o estado de saúde dos filhos (CASE, 2002) portanto, é cabível a associação de senso de coerência com saúde bucal, em especial a cárie dentária.

2.3 Cárie Dentária aos 12 anos e influências psicossociais e maternas

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a saúde bucal faz parte da saúde e do bem-estar geral do indivíduo, sendo considerada importante para uma boa qualidade de vida (BARATA, 2013)

Cárie dentária é uma doença crônica multifatorial que envolve fatores biológicos, comportamentais e sociais (Selwitz, 2007). O mecanismo do aparecimento da cárie está relacionado a presença do biofilme que cria períodos de baixo pH na boca, resultando em uma perda de minerais dos dentes. Quando há uma perda mineral suficiente aparece clinicamente, como uma “mancha” esbranquiçada na superfície dentária, essa ainda é passível de reversibilidade sem tratamentos invasivos. Porém, com a contínua ação dos ácidos há a progressão da lesão e surgem cavitações, amolecimento dos tecidos, atingindo as estruturas em diversos graus de severidade. Se não for impedida, a cárie provocará a total destruição dos tecidos dentários, o que leva a perda do elemento dentário (PITTS, 2017) (SELWITZ, 2007).

Para a avaliação da cárie dentária em estudos epidemiológicos, em 1937, Klein e Palmer propuseram um indicador de saúde bucal, denominado índice CPOD que permite calcular a média do número total de dentes permanentes cariados, perdidos por cárie e obturados num determinado grupo de indivíduos (BARATA, 2013). Desde 1981, a OMS tem proposto metas para saúde bucal. No ano de 2000, destacando-se aos 12 anos a meta do CPOD deveria ser inferior a 3 dentes. A OMS juntamente com à Federação Dentária Internacional (FDI) e à International Association for Dental Research (IADR) anunciarem os objetivos para 2020. Nesse documento, intitulado Global Goals for Oral Health encontra-se descrito que aos 12 anos o índice CPOD deverá ser inferior a 1,5 dentes (BARATA et al, 2013).

No Brasil os dados do último levantamento nacional de saúde bucal conhecido como "Saúde Bucal do Brasil 2010" (SB Brasil 2010) mostrou que a prevalência de indivíduos com presença de cárie nas idades de 12 anos foi de 56,5%. Em outros países essa prevalência sofreu variações: de 33,3% em Nevada (EUA), 52,9% em Portugal à 91,8% na Rússia (GORBATOVA et al, 2011)(BARATA et al, 2013) (DITMYER, 2011).

Quanto ao CPO-D no Brasil ficou em 2,07 dentes conforme o SB Brasil 2010, com a maior parte de dentes cariados. Em outros países como em Portugal e Finlândia, em 2008 com 1,48 e 1,24 dentes, respectivamente (BARATA et al, 2013)(SUOMINEN-TAIPALE et al, 2009).

Embora os fatores etiológicos sejam conhecidos há anos, a redução do número de dentes cariados e perdidos em crianças e adolescentes ainda permanece como uma barreira, sendo difícil entender os caminhos complexos pelos quais fatores psicossociais e comportamentais atuam como mediadores da saúde bucal (NELSON, 2012)

A maior parte da literatura sobre preditores de cárie dentária em adolescentes está relacionado aos fatores individuais (sócio-comportamentais, de estilo de vida e biológicos) e aos fatores ambientais. Contudo, é necessário acrescentar os efeitos das circunstâncias familiares na cárie dentária em crianças e adolescentes. (KUMAR, 2015)(FREIRE, 2002) com fatores relacionados à mãe, em particular. A literatura tem apontado que a saúde bucal das crianças é afetada pelo comportamento de saúde bucal das mães (uso de atendimento odontológico e estado de saúde bucal) (Shin, 2016)

Longitudinalmente, fatores facilitadores maternos precoces (educação, capacidade cognitiva, sofrimento psicológico) prediz a experiência de cárie na infância e adolescência na qual o estresse psicossocial é um fator importante que influencia o comportamento de saúde bucal positivo, como o acesso preventivo aos serviços odontológicos. (Autor, Ano)

Assim, fatores maternos não favoráveis têm um impacto cumulativo na experiência futura de cárie dos filhos na infância e na adolescência. (NELSON, 2012)

2.4 Relação Senso de Coerência Materno e cárie dentária

Estudos mostram uma associação entre melhores condições de saúde bucal dos filhos e as maiores pontuações no SOC materno. (BONANATO, 2009)(DA SILVA, 2011)(FERNANDES, 2011)(KAUR, 2017)(LAGE, 2017)(LACERDA, 2012). Analisando o ambiente familiar, sendo a mãe responsável por transmitir conhecimento, manter saúde bucal de seus filhos, são

escassos os estudos que analisaram essa relação entre senso de coerência materno e a presença de cárie dentária na adolescência. Apesar da Salutogênese ter sido proposta por Aaron Antonovsky em 1979, os estudos são, em sua maioria, recentes.

Em todos os estudos encontrados na literatura, o senso de coerência foi medido com o instrumento em sua versão reduzida (curta) SOC-13. As faixas etárias compreenderam pré-escolares, escolares e adolescentes (BONANATO, 2009)(DA SILVA, 2011)(FERNANDES, 2011)(KAUR, 2017)(LAGE, 2017)(LACERDA, 2012).

Em relação aos fatores associados ao senso de coerência, destaca-se a associação com o número médio de dentes permanentes e/ou superfícies cariados, perdidos e obturados (CPO-D e CPO-S), a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (FERNANDES et al, 2017), ao uso de serviço odontológico (DA SILVA et al, 2011).

Já no que diz respeito à relação entre o senso de coerência materno e cárie dentária dos filhos, os fatores que são apontados na literatura que podem influenciar esta associação são o uso de serviço odontológico e os aspectos sociais, econômicos e culturais da mãe (DA SILVA et al, 2011). Dentre as questões sociais e econômicas destaca-se o estado civil da mãe e escolaridade (FERNANDES et al, 2017). Práticas de saúde bucal, autopercepção de saúde bucal e padrão de atendimento odontológico também podem estar envolvidos (DA SILVA et al, 2010).

Dentre os estudos que analisam a família como componente de uma melhor saúde bucal, destaque-se o papel da mãe. Os estudos são controversos, apresentando que SOC materno mais alto, está relacionado à melhor saúde bucal dos filhos (LACERDA et al, 2012)(BAXEVANOS et al, 2017)(KAUR et al, 2017)(LAGE et al, 2017) e ao mesmo tempo foram encontrados estudos que não viram diferenças estatísticas significativas entre senso de coerência materno e cárie dentária dos filhos (SA PINTO, 2016)(QIU et al, 2013)(DA SILVA, 2014)(BONANATO, 2008).

O SOC é uma ferramenta que permite ver a vida como coerente, estruturada, gerenciável e significativa, o que pode influenciar na adoção de comportamentos positivos das mães, como levar os filhos a consultas dentárias principalmente por razões preventivas (DA SILVA, 2011)

Assim, quanto mais alto o escore do SOC mais provável as pessoas frequentem os serviços odontológicos com o propósito de prevenir as doenças bucais. (DA SILVA, 2011)

3 JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a fase de adolescência consiste na faixa entre 10 e 19 anos. É um período difícil da vida, pois caracteriza-se por atitudes de resistência para aceitar conselhos e informações fornecidas pelos pais (LUIS et al, 2015). Porém, a família ainda persiste como chave importante para o jovem adquirir elementos identitários (GONÇALVES, 2007).

A mãe é em geral a responsável na família na transmissão dos seus conhecimentos sobre saúde, bem como manter a saúde de seus filhos. Por isso, a importância de estudar os fatores psicológicos e as percepções em relação à saúde bucal das mães pode influenciar nos cuidados odontológicos preventivos e conseqüentemente na saúde bucal dos seus filhos. A forma como as mães enfrentam adversidades pode servir para estudar novos modos de como se deve abordar as mães nos cuidados necessários à saúde das crianças e adolescentes. A teoria salutogênica para a promoção da saúde pode contribuir para mobilização dos indivíduos, o que implicará em resultados mais favoráveis em termos de saúde.

Por se tratar de um estudo de base populacional, de adolescentes de uma coorte de nascimento, os resultados do estudo contribuirão no entendimento desta associação para que sejam criadas estratégias para a prevenção da doença cárie dentária em adolescentes.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar associação entre senso de coerência materno com cárie dentária dos adolescentes aos 12 anos de idade participantes da Coorte de Nascimentos de Pelotas- RS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a ocorrência de cárie dentária nos adolescentes de 12 anos.

Descrever os escores de senso de coerência materno em relação às variáveis demográficas, socioeconômicas, de utilização de serviço e comportamental dos adolescentes e das mães e a carie dentária dos adolescentes.

Descrever a associação do senso de coerência com cárie dentária.

5 HIPÓTESES

As hipóteses do presente estudo são:

- Adolescentes filhos de mães com maiores escores de senso de coerência terão menores prevalências de cárie dentária (BONANATO, 2009)(DA SILVA, 2011)(FERNANDES, 2011)(KAUR, 2017)(LAGE, 2017)(LACERDA, 2012).
- Adolescentes filhos de mães com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade materna apresentarão maiores prevalências de cárie dentária (Shin, 2016).
- Adolescentes filhos de mães que tem comportamentos de saúde bucal favoráveis terão menores prevalências de cárie dentária (Shin, 2016).
- Adolescentes cujas mães apresentem níveis mais altos de SOC farão mais uso de serviços odontológicos para check-ups do que aquelas cujas mães com níveis mais baixos de SOC (Da Silva, 2011)

6 MODELO TEÓRICO

De acordo com a literatura e do modelo proposto por Brunner (1999) para a saúde e adaptado por Holst (2001) (figura 2) para saúde bucal, foi proposto um modelo teórico de Cárie dentária aos 12 anos e senso de coerência materno.

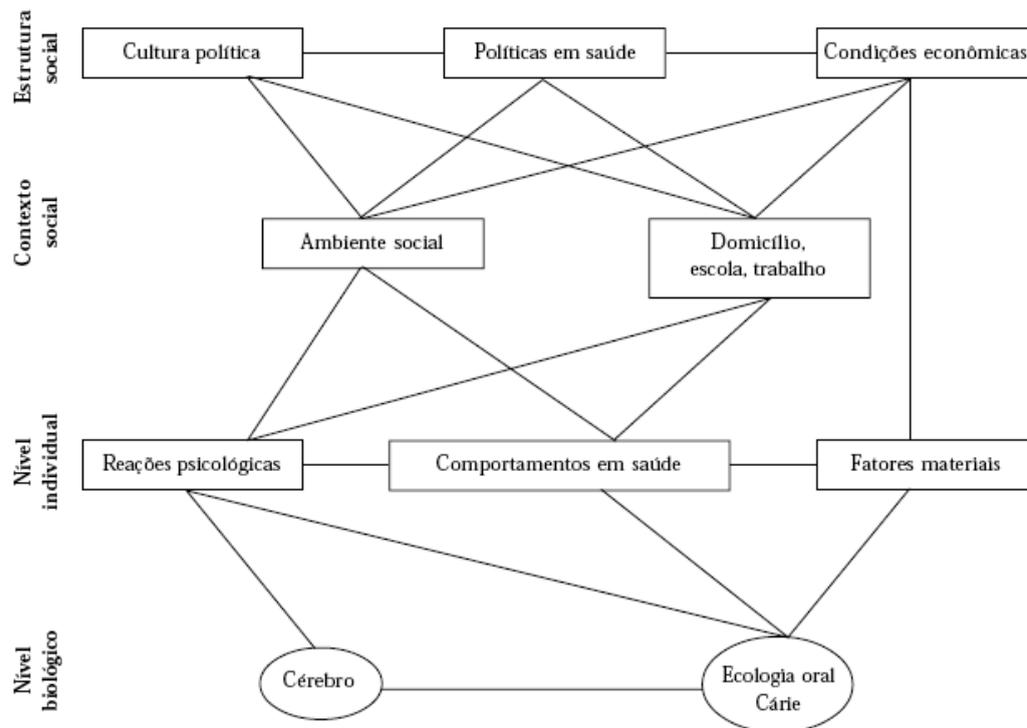


Figura 2 – Modelo conceitual para determinação de cárie dentária segundo Brunner e adaptado por Holst.

Baseado no modelo Brunner e Holst e na literatura consultada sobre o assunto para avaliar a associação entre senso coerência materno e cárie dentária na adolescência, o presente estudo propõe o modelo teórico da figura 3. Neste modelo estão presentes as variáveis sociodemográficas da mãe e do adolescente, situação de saúde bucal e comportamentos relacionados à saúde geral e bucal da mãe; comportamentos de saúde bucal do adolescente; senso de coerência da mãe e cárie dentária do adolescente.

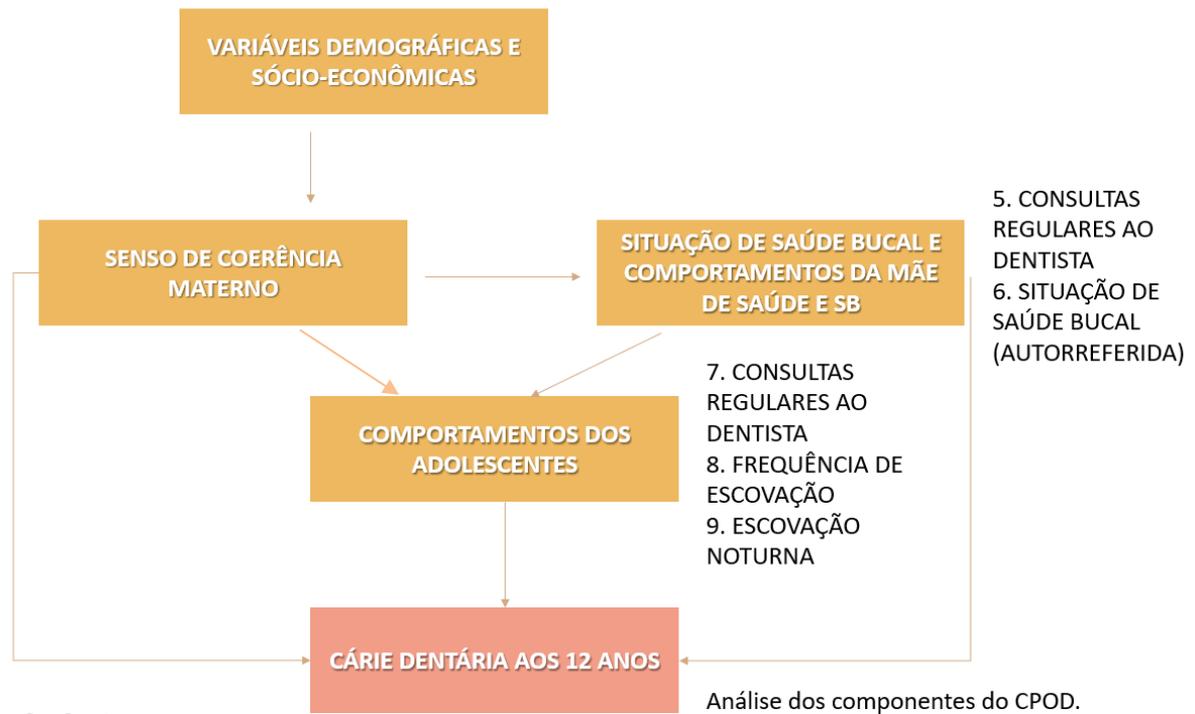


Figura 3 – Modelo de teórico proposto para o presente estudo, 2019.

7 METODOLOGIA

7.1 Local do estudo

Este estudo foi realizado na cidade de Pelotas, localizada na região sul do Rio Grande do Sul, a cerca de 260 km de Porto Alegre, capital do estado. A cidade de Pelotas possui uma população estimada de 342.405. Em 2017, o salário mínimo médio mensal da população era de 2.9 salários. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 24.6%. As principais atividades são agricultura, pecuária e comércio. A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 96,9 %. Do ponto de vista econômico,

Em 1982 foi iniciado na cidade a primeira uma coorte de nascimentos, seus membros continuam sendo acompanhados até o presente, sendo que é a mais longa coorte de nascimentos com seguimento regular em um país não desenvolvido. Em 1993 uma segunda coorte foi lançada com metodologia semelhante a primeira. Em 2004 foi realizada a terceira e a última em 2015. O foco do presente estudo serão os participantes da coorte de 2004.

7.2 Delineamento do estudo

Estudo transversal com análise de dados de um estudo de Coorte.

7.2.1 Coorte de Nascimentos 2004

A Coorte de Nascimentos de 2004, que já realizou até o momento sete acompanhamentos, tem como objetivo principal investigar a influência de exposições precoces sobre desfechos em saúde ao longo do ciclo vital. Em 2004, todas as mães de crianças nascidas nas maternidades da cidade de Pelotas-RS, residentes em Pelotas ou bairro Jardim América, no Capão do Leão, foram convidadas a participar do estudo. Foram entrevistadas no período Perinatal 4231 mães, e coletadas, nesta etapa, e nos acompanhamentos subsequentes, informações sobre condições pré-natais e perinatais, características demográficas e socioeconômicas da mãe, estilo de vida, uso de serviços de saúde, saúde mental da mãe, crescimento e desenvolvimento da criança, morbidades, entre outras descritas mais detalhadamente em publicações prévias (BARROS et al., 2008, SANTOS et al., 2014).

7.2.2 Acompanhamentos de Saúde Bucal na coorte de 2004

Primeiro acompanhamento

Em 2009, foi realizado o primeiro acompanhamento de saúde bucal, com uma subamostra com as crianças participantes da coorte de 2004 nascidas entre setembro e dezembro. A subamostra de saúde bucal era de inicialmente de 1303 indivíduos, dos quais 1129 foram examinados (taxa de resposta de 86,6%). Neste acompanhamento, foram investigadas questões referentes à: opiniões da mãe/responsável sobre cuidados com a criança, orientação de saúde bucal, higiene bucal da criança, alimentação, consultas com o dentista, satisfação e problemas bucais, autopercepção de saúde bucal da mãe e condições de saúde bucal materna, além da realização de exame clínico bucal da criança.

Segundo acompanhamento

O acompanhamento de saúde bucal realizado em 2017, com os mesmos participantes da subamostra da coorte 2004 avaliada no acompanhamento anterior, neste momento com 12 e 13 anos, teve como objetivo investigar questões relacionadas ao uso de serviços odontológicos, percepção de saúde bucal, hábitos de higiene bucal e acesso a fluoretos do adolescente, qualidade de vida relacionada à saúde bucal, estresse parental, estilos educativos e senso de coerência, além de avaliar as condições de saúde bucal do adolescente.

Foram realizadas 1000 entrevistas, sendo que 884 foram respondidas pela mãe biológica ou adotiva, 41 respondidas pelo pai, 45 respondidas pela avó, 30 respondidas por outro adulto. O número de entrevistas respondidas pelo adolescente foi 992, sendo que 7 não responderam pois o adolescente apresentava déficit cognitivo que inviabilizou a aplicação e 1 recusa. 996 exames completos, pois 3 adolescentes apresentavam déficit cognitivo que inviabilizou a realização completa do exame e 1 recusa.

Houve 316 perdas, sendo 3 adolescentes no Conselho Tutelar, 2 adolescentes para adoção, 6 óbitos, 112 adolescentes residindo em outras cidades, 13 adolescentes foram agendados, mais de 3 vezes e não estavam em casa ou não foram ao Centro de Pesquisas, 180 não foi conseguido contato, mesmo após bateção e contato via rede social.

Existiram 25 recusas, 2 por falta de tempo da mãe, 5 mães relataram que o adolescente não queria, 7 pediram para não serem mais procuradas que já tinham solicitado isso, 6 recusaram no agendamento dizendo que não queriam participar, 1 recusa para o baterador, 1 disse que a criança foi forçada a abrir a boca em acompanhamento anterior e 3 recusadas indiretas no agendamento.

7.3 População em estudo

Adolescentes da subamostra de saúde bucal das Coortes de Nascimento de 2004, que nasceram nos hospitais localizados na cidade de Pelotas, RS, entre os dias 1 de setembro a 31 de dezembro de 2004, cujas mães residiam na área urbana de Pelotas e no Jardim América (município Capão do Leão, o qual originalmente fazia parte da cidade de Pelotas).

7.4 Critérios de inclusão

Para serem incluídos no estudo, os indivíduos deveriam ter nascido em Pelotas, RS, no ano de 2004 entre os dias 1 de setembro a 31 de dezembro de 2004; ter residido na área urbana de Pelotas ou no Jardim América no ano do nascimento; ter participado do acompanhamento de saúde bucal aos 4 anos; ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, respondido o questionário e feito o exame clínico.

7.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo aqueles que apresentavam algum déficit cognitivo que inviabilizasse a aplicação de questionário e exame.

7.6 Variáveis dependentes e independentes

As variáveis serão coletadas dos dados do Segundo Acompanhamento de Saúde Bucal.

O desfecho do estudo será a cárie dentária, coletada por meio de um exame físico. Para avaliação da cárie dentária será utilizado o índice CPOD – Dentes cariados, perdidos e obturados, proposto pela OMS. O índice CPOD varia de 0-32 dentes. No caso dos adolescentes de 12 anos esse índice varia de 0-28 anos, pois os terceiros molares não estão erupcionados. Para fins de análise estatística será considerado com cárie aqueles adolescentes com CPOD ≥ 1 . A definição das variáveis independentes da mãe, bem como a forma como foram coletadas são apresentadas no Quadro 3. A definição das variáveis independentes do adolescente, bem como a forma como foram coletadas são apresentadas no Quadro 4.

Quadro 3 – Definição das variáveis da mãe a serem incluídas no modelo de análise, 2019

	Variáveis	Forma da coleta (Definição)	Tipo da Variável
Demográficas	Idade	Referida (em anos completos)	Numérica discreta e posteriormente categorizada
	Cor da Pele	Autorreferida (branca, preta, parda, outras)	Catégorica nominal
Socioeconômicas	Escolaridade	Referida (anos completos)	Numérica discreta e posteriormente será categorizada
	Renda Familiar	Referida (total em R\$ no mês anterior)	Numérica contínua e posteriormente será categorizada
Comportamento	Necessidade de tratamento para o filho	Referida (sim não)	Catégorica dicotômica
	Recebeu orientação sobre prevenção	Referida (sim não)	Catégorica dicotômica
	Utilização de serviço de forma regular	Referida (sim, não)	Catégorica dicotômica
	Número de escoaçoões por dia	Referida (vezes por dia)	Numérica discreta, categorizada em Catégorica ordinal (uma vez, duas vezes, três ou +)
Psicossociais	Senso de Coerência Materno	Escore (SOC-13)	Numérica discreta, categorizada em alto e baixo de acordo com a mediana

Quadro 4 – Definição das variáveis do adolescente a serem incluídas no modelo de análise, 2019

	Variáveis	Forma da coleta (Definição)	Tipo da Variável
Comportamento	Tempo última visita ao dentista	Referida (em anos)	Numérica discreta categorizada em categórica ordinal (<1 ano; 1 e <2; 2 e <3; +3)
	Utilização de serviço de forma regular	Referida (sim, não)	Categórica dicotômica
	Número de escovações por dia	Referida (vezes por dia)	Numérica discreta, categorizada em Categórica ordinal (uma vez, duas vezes, três ou +)
	Dias na semana escova os dentes antes de dormir	Referida (vezes por dia)	Numérica discreta, categorizada em Categórica ordinal (uma vez, duas vezes, três ou +)
	Usa pasta de dente	Referida (sim não)	Categórica dicotômica
	Vezes que come alimentos doces entre as refeições*	Referida (em vezes)	Numérica discreta, categorizada em categórica ordinal (nunca, <1,1,2,>=3)
	Vezes toma bebidas doces entre as refeições*	Vezez que come alimentos doces entre as refeições	Referida (em vezes)

* Composição de uma variável que indique o consumo de açúcar.

7.7 Amostra e Amostragem

Foram realizados cálculos de tamanho de amostra para estudo da prevalência e fatores associados à cárie dentária aos 12 anos. Abaixo estão descritos os parâmetros utilizados e o cálculo para o estudo da prevalência da cárie dentária aos 12 anos.

Cárie dentária aos 12 anos

95% de confiança

Prevalência estimada de cárie dentária aos 12 anos (SB BRASIL, 2010): 59,1%

Diferença mínima a ser detectada: 3 pontos percentuais

Tamanho da população de 12 anos: 4241

Tamanho da amostra com acréscimo de 10% para perdas e recusas: 913 adolescentes.

Portanto, a amostra final suficiente para o estudo da prevalência de cárie dentária aos 12 anos é de 996 adolescentes.

Para o estudo das associações, incluindo a exposição de principal (senso de coerência materno), considerando um poder de 80%, num nível de significância de 95% e tomando como parâmetros a razão não expostos/expostos e 15% para para a análise dos fatores de confusão, os cálculos do tamanho da amostra estão descritos na tabela 5.

Tabela 5 - Cálculo do tamanho de amostra para o estudo da associação segundo as variáveis independentes

Cárie Dentária aos 12 anos	Razão não expostos/expostos	Prevalência não expostos	Risco Relativo	Subtotal	N total
Idade					
Cor da Pele (parda/preta)	0.5	28,9	1,7	767	882
Escolaridade (menos favorável)	0.3	35.5	1.6	884	1016
Renda Familiar (mais favorável)	0.81	28.7	1.82	154	170
Necessidade de tratamento para o filho (sim)	0.81	28.7	1.82	154	170
Senso de Coerência Materno (baixo)	1.14	43.4	0.38	106	122

Sexo (meninos)	0.78	40.6	1.5	212	234
Cor da Pele	0.5	28,9	1,7	767	882
Utilização de serviço de forma regular (sim)	0.35	41.0	1.9	415	477
Número de escovações por dia	2.8	34.8	2.2	291	335
Usa pasta de dente	19.7	94.3	1.72	395	454
Veze que come alimentos doces entre as refeições (não)	9.5	6,3	4.36	295	339

7.8 Logística do Levantamento

7.8.1 Elaboração do instrumento

O instrumento utilizado foi elaborado pelos pesquisadores e testado posteriormente em 6 mães e adolescentes entre 10 e 13 anos. Após o teste, foram feitas as adaptações necessárias para melhorar o entendimento. O questionário foi composto de 139 questões, divididas em blocos:

Bloco A -Identificação

Bloco B - Uso de serviços odontológicos

Bloco C - Bruxismo

Bloco D – Questões direcionadas à mãe sobre higiene e uso de serviços odontológicos

Bloco E - Funcionalidade familiar

Bloco F - Estresse parental

Bloco G – Escalas Estilos Educativos

Bloco H – Senso de coerência

Bloco I – Hábitos de higiene bucal e uso de fluoretos do adolescente

Bloco J – Hábitos alimentares

Bloco L – Percepção relacionada à saúde bucal

7.8.2 Seleção da equipe

Para o trabalho de campo foram selecionadas sete entrevistadoras. O processo de seleção foi divulgado eletronicamente, pela equipe de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPel, aproximadamente 30 dias do início do trabalho de campo (www.epidemia-fpel.org.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=2735).

As candidatas entregaram formulário de inscrição impresso e preenchido (disponível para download em <http://bit.ly/entrevistadoraexterna>) e foto anexada à documentação, na recepção do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Foram recebidos 106 formulários, dos quais 33 foram selecionados para entrevista. Após entrevista, foram selecionadas 17 candidatas para a etapa de treinamento do questionário de saúde bucal, das quais 08 passaram para a etapa de treinamento como anotadoras em ficha clínica específica (em papel – anexo 3). Ao final do processo, oito entrevistadoras foram selecionadas para o trabalho de campo, porém uma desistiu do processo por razões médicas.

Quanto aos examinadores, foram convidados a participar como examinadores de saúde bucal todos os alunos de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFPel, com experiência prévia em levantamentos epidemiológicos.

A equipe final do acompanhamento de 12-13 anos de saúde bucal, na coorte de 2004, consistiu em nove examinadores de saúde bucal treinados (todos dentistas), sete entrevistadoras treinadas, três agendadores, uma secretária, uma bolsista para controle de qualidade, um supervisor de campo, sob a coordenação imediata das professoras da Faculdade de Odontologia – UFPel.

7.8.3 Treinamento e Calibração

O treinamento das entrevistadoras para a aplicação do questionário aconteceu em dois momentos: durante o processo de seleção e, logo após, somente com as entrevistadoras selecionadas. Num primeiro momento, foram realizados dois encontros presenciais com as candidatas (14 e 15 de março, 2017), para esclarecimentos sobre o trabalho de campo, detalhamento das questões contidas no questionário de saúde bucal e orientações do manual de instruções. As candidatas aplicaram o questionário para as professoras, durante o treinamento, e ao final esclareceram possíveis dúvidas. O treinamento do questionário eletrônico foi feito somente com as entrevistadoras selecionadas (20 de março, 2017). Foi realizada a exposição do método de inserção das informações no Tablet, tela a tela, questão por questão. Além disso, as entrevistadoras foram esclarecidas a respeito de possíveis erros passíveis de ocorrerem durante a aplicação do questionário, utilizando o software, e a forma de solucioná-los. Ao final, as entrevistadoras fizeram simulações destas aplicações e do preenchimento da ficha clínica (Anexo 3) e foram orientadas a aplicar o questionário com, pelo menos, duas mãos. Em relação aos examinadores de saúde bucal, o processo teve início

com treinamento teórico, com exposição dos critérios diagnósticos, para cada condição de saúde bucal avaliada.

O treinamento teórico foi realizado em dois momentos (13 e 14 de março, 2017), com duração média de 4 horas cada encontro. No primeiro encontro, foram apresentados os critérios diagnósticos para Cárie dentária (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados, OMS, 1997), Oclusopatias (Dental Aesthetic Index, proposto por Cons et al., 1989), higiene bucal (Índice de Higiene Bucal Simplificado proposto por Greene e Vermillion, 1964 e Índice Periodontal Comunitário proposto pela OMS, 1997), Fluorose (Índice de Dean, OMS, 1997) e Traumatismos alvéolo-dentários e, no segundo encontro, Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte (Modified DDE Index, Clarkson and O'mullane', 1989), Erosão dentária (Basic Erosive Wear Examination, Carvalho et al., 2015) e tipo, qualidade e falha de restaurações.

O processo de calibração dos examinadores para Fluorose, Erosão dentária, Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte e tipo, qualidade e falha de restaurações foi realizado in lux. Os examinadores avaliaram individualmente 20 imagens projetadas, de boa qualidade, de cada condição acima descrita, com intervalo de aproximadamente dois minutos entre cada imagem, e classificaram os elementos dentários, de acordo com os critérios diagnósticos previamente apresentados para cada condição. A calibração para Cárie Dentária e Oclusopatias foi realizada com alunos da Escola Municipal Francisco Caruccio, em Pelotas, RS. Cada cirurgião-dentista examinou 25 crianças, após revisão dos critérios diagnósticos por um examinador padrão-ouro. Após a realização das calibrações, as fichas contendo as avaliações dos examinadores, para cada condição, foram digitadas em planilhas no Microsoft Excel®, transferidas para o pacote estatístico Stata 12.0 e analisadas através de estatística Kappa, onde coeficientes menores ou igual a 0,20 representam uma concordância pobre entre o examinador e o padrão-ouro, entre 0,21 e 0,40 ligeiramente pobre, entre 0,41 e 0,60 moderada, 0,60 e 0,80 boa concordância e entre 0,80 e 1,00 muito boa. Para este estudo, coeficientes acima de 0,60 foram considerados aceitáveis.

Na calibração in lux, cinco examinadores não atingiram valores aceitáveis para o índice Kappa para erosão, três não atingiram para Fluorose e oito para Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte. Na calibração nas escolas, dois examinadores não atingiram valores aceitáveis para o índice Kappa para Oclusopatias. Em vista disso, uma nova calibração foi realizada com os mesmos, precedida pela exposição e discussão de casos clínicos, refletindo situações que geraram confusão.

7.8.4 Material utilizado no campo

O trabalho de campo foi realizado por entrevistadoras e dentistas devidamente identificados com camiseta e crachá. O material utilizado para a coleta de dados consistiu em: (1) Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento do adolescente; (2) Manual de Instruções; (3) Questionário impresso (para casos onde não fosse possível preencher o questionário eletrônico); (4) Tabelas de códigos; (5) Tabela de quantidade de dentifrício ; (6) Tablet (Samsung® Galaxy “Tela 7" Android 4.4), com captura de dados através do RedCap®, aplicativo web utilizado para a construção e gerenciamento de pesquisas e bancos de dados on-line, com captura off-line; (7) Ficha clínica impressa (para casos onde não fosse possível preencher a ficha eletrônica); (8) Lápis, canetas e pastas para organização do material. Para o exame clínico foram utilizados equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscara e gorro), fotóforos para iluminação artificial e kit clínico esterilizado contendo espelho clínico e sonda CPI.

7.9 Logística do Trabalho de Campo

O trabalho de campo teve início em 27 de abril de 2017 e foi finalizado em 16 de outubro de 2017.

7.9.1 Agendamentos

Os agendamentos do acompanhamento de saúde bucal foram realizados por pessoal treinado para tal. A logística de agendamentos teve como ponto inicial o agendamento por bairros, a fim de otimizar o trabalho de campo. Os agendamentos foram realizados por telefone e utilizou-se o sistema online do RedCap® para o acesso às informações dos participantes e seus responsáveis, bem como registro de data e horários de agendamento no calendário do próprio software. Inicialmente, as informações foram consultadas, a ligação telefônica realizada e o agendamento registrado no calendário e no campo de endereço do participante. Logo após, as informações do agendamento eram passadas para uma planilha no Microsoft Excel®, compartilhada com a equipe de agendamento, secretária e supervisor de campo através do Google Drive, que era enviada diariamente à equipe de campo. No dia anterior à entrevista, foram realizadas ligações de confirmação para os participantes. Tanto

na ligação de agendamento quanto na ligação de confirmação, questões-chave foram levantadas: (1) Se era possível agendar um horário para o acompanhamento; (2) Em qual dia e horário era possível agendar a entrevista de maneira que o adolescente estivesse acompanhado pela mãe ou responsável; (3) Endereço atual; (4) Ponto de referência. Para as ligações de confirmação, bolsistas de iniciação científica foram treinados para executar a função.

7.9.2 Coleta de Dados

O acompanhamento dos participantes foi realizado sempre em dupla, um dentista e uma entrevistadora, no domicílio do participante. Aquele da dupla que tivesse carro para o deslocamento era responsável por organizar o horário de saída, a fim de chegarem pontualmente ao domicílio. Qualquer eventualidade no trajeto era relatada ao supervisor de campo ou à secretária, que entravam em contato com o responsável pelo participante.

Ao chegarem à residência, a entrevistadora dava início à coleta, com a apresentação do estudo e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento para o adolescente. A seguir, era então realizado o questionário para o responsável e para o adolescente e por fim, o exame clínico bucal, com o participante posicionado de modo a permitir boa visualização pelo dentista e conforto para o participante. Após o exame, o dentista forneceu orientações básicas sobre cuidados em saúde bucal.

7.9.3 Descarregamento dos dados

O descarregamento das entrevistas e entrega dos Termos de Consentimento e Assentimento era realizado duas vezes por semana, nas segundas e sextas-feiras, para o supervisor do estudo. Inconsistências nas entrevistas ou dúvidas nas entrevistadoras eram esclarecidas no momento do descarregamento, bem como reposição de materiais para o campo.

7.9.4 Estratégias para redução de perda

Os dados de contato dos participantes foram obtidos através dos registros no sistema RedCap®, do último acompanhamento da coorte de 2004, realizado em 2015. Assim, aqueles adolescentes que não realizaram o acompanhamento neste ano tinham seus dados desatualizados no sistema, em sua maioria. Em vista disso, e de não se ter obtido sucesso de

contato por telefone com alguns participantes com dados cadastrais atualizados, optou-se por adotar duas estratégias de busca adicionais: bateção nos endereços disponíveis e contato por Facebook®.

Inicialmente, não obtendo-se sucesso de contato por telefone, após seis ligações em horários diferenciados (inclusive aos finais de semana), os endereços cadastrados eram repassados a um batedor, divididos por bairros. O batedor deslocava-se até a residência do participante em busca de um novo contato telefônico e agendamento da entrevista de saúde bucal. Antes de iniciado o processo, os batedores foram treinados para forma de abordagem. As visitas eram realizadas durante a semana e aos finais de semana, em horários alternados. Não obtendo-se sucesso com as bateções, era utilizado como estratégia final o contato pelo Facebook®, com os responsáveis pelos adolescentes. Dois bolsistas foram designados para tal função e realizavam o envio de um texto padrão: “Olá, <NOME DO RESPONSÁVEL>, somos da Coorte 2004 e estamos tentando localizar alguns participantes de nosso cadastro que estão sem atualização. Gostaríamos de saber se você tem algum filho(a) nascido(a) no ano 2004 em Pelotas-RS e que tenha participado da pesquisa, em vista que temos uma pessoa com o mesmo nome que o seu em nosso banco de dados. Para mais informações, você pode nos contatar por aqui ou pelo telefone (53) 3284-1300 Ramal 357 Aguardamos seu contato.”

7.9.5 Controle de Qualidade

O controle de qualidade foi feito em 10% da amostra através de um questionário reduzido, aplicado por telefone, em média 10 dias após a realização da entrevista. Neste momento foi coletada a opinião dos pais/cuidadores a respeito do trabalho realizado pela equipe. Os pais ou responsáveis foram questionados se foram bem tratados pela entrevistadora e pelo dentista e sobre o tempo de duração da entrevista. Além disso, foram aplicadas cinco questões do questionário completo (APÊNDICE X). Foram feitos relatórios quinzenais sobre o controle de qualidade. Das 104 entrevistas de controle de qualidade, todos entrevistados confirmaram o recebimento da entrevistadora acompanhada por um dentista. Das 104 entrevistas, 103 dos entrevistados relataram ter recebido um bom tratamento tanto da entrevistadora quanto do dentista. Em uma entrevista, o entrevistado relatou um bom tratamento apenas da entrevistadora.

7.9.6 Avaliação de inconsistências

A avaliação de inconsistências nas entrevistas depositadas no banco de dados foi realizada quinzenalmente, com o auxílio de um do.file e através de conferência manual. Quando identificada inconsistência, solicitou-se que as próprias entrevistadoras realizassem ligação telefônica para o participante e esclarecer a inconsistência. Foi feito o registro das inconsistências em uma planilha do Microsoft Excel®.

8 PLANO DE ANÁLISE

Os dados serão analisados por meio do pacote estatístico Stata® 15.0. Inicialmente serão realizadas as análises descritivas por meio de médias, desvio-padrão e frequências relativas e absolutas. Após serão realizadas análises utilizando os testes de qui-quadrado ou Exato de Fischer. Serão calculadas as razões de prevalência com intervalos de confiança de 95%. O efeito da relação entre o senso de coerência materno e cárie dentária dos adolescentes aos 12 anos serão estimados.

O modelo de equação estrutural será calculado para obter os efeitos diretos e indiretos (mediados) e total do senso de coerência materno e cárie dentária dos adolescentes aos 12 anos. Esta associação será ajustada para as variáveis sociodemográficas, comportamentais das mães e adolescentes. A qualidade do modelo será verificada usando o “Lewis-Tucker Index (TLI)”, “Comparative Fit Index (CFI)” e “Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)”.

9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, conforme Parecer n. 1.841.984 (ANEXO 1). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Quando identificada qualquer necessidade de tratamento durante o exame clínico bucal pelo cirurgião-dentista, eram dadas orientações para procura por atendimento ou feito encaminhamento para o serviço de urgência da Faculdade de Odontologia.

10 CRONOGRAMA

Atividades	2019							2020						
	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Levantamento bibliográfico	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X		
Organização do Projeto	x	x	x	x	x									
Entrega Projeto						x								
Defesa Projeto							X							
Correções do projeto								x						
Análise dos dados								x	x	X				
Redação do artigo científico										X	x	X		
Redação da dissertação											X	X	X	
Defesa da dissertação														x
Divulgação de resultados														x

11 ORÇAMENTO

Material	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Notebook	1	1200	1200
Licença Stata 15.0	1	1500	1500
Cópias impressas	8	0,10 (folha)	80
Tradução do artigo para inglês	1	500	500
Total			3280

Todos os recursos serão de responsabilidade da pesquisadora. O notebook e a licença Stata foram adquiridos previamente a este projeto.

REFERÊNCIAS

1. Alm A, Wendt LK, Koch G, Birkhed D. Oral hygiene and parent-related factors during early childhood in relation to approximal caries at 15 years of age. **Caries Res** 2008;42(1):28-36.
2. Baxevanos K, Topitsoglou V, Menexes G, Kalfas S. Psychosocial factors and traumatic dental injuries among adolescents. **Community Dentistry and Oral Epidemiology** 2017;45(5):449-57.
3. Bozorgmehr E, Hajizamani A, Malek Mohammadi T. Oral health behavior of parents as a predictor of oral health status of their children. **ISRN dentistry** 2013;2013:741783.
4. Carneiro NCR. Crianças e adolescentes com mucopolissacaridoses: saúde bucal e senso de coerência materno. 2016:80.
5. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa Tde S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **Jornal de pediatria** 2013;89(2):116-23.
6. da Silva AN, da Silva C, Vettore MV. Are resilience and maternal sense of coherence associated with gingival status in adolescents from low-income families? **International Journal of Paediatric Dentistry** 2014;24(6):450-9.
7. da Silva AN, da Silva CM, Vettore MV. Are resilience and maternal sense of coherence associated with gingival status in adolescents from low-income families? **Int J Paediatr Dent** 2014;24(6):450-9.
8. Da Silva AN, De Lima STA, Vettore MV. Protective psychosocial factors and dental caries in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Paediatric Dentistry** 2018;28(5):443-58.
9. da Silva AN, Mendonca MH, Vettore MV. The association between low-socioeconomic status mother's Sense of Coherence and their child's utilization of dental care. **Community Dent Oral Epidemiol** 2011;39(2):115-26.
10. Elyasi M, Abreu LG, Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Impact of Sense of Coherence on Oral Health Behaviors: A Systematic Review. **PLoS One** 2015;10(8):e0133918.
11. Elyasi M, Abreu LG, Olsen C, Baker SR, Lai H, Major PW, et al. **Pediatr Dent** 2018;40(1):23-9.

12. Elyasi M, Abreu LG, Olsen C, Baker SR, Lai H, Major PW, et al. Parent's Sense of Coherence and Children's Oral Health-Related Behaviors: Is There an Association? (1942-5473 (Electronic)).
13. Fernandes IB, Costa DC, Coelho VS, Sa-Pinto AC, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML. Association between sense of coherence and oral health-related quality of life among toddlers. **Community Dent Health** 2017;34(1):37-40.
14. Gururatana O, Baker SR, Robinson PG. Determinants of children's oral-health-related quality of life over time. **Community Dentistry and Oral Epidemiology** 2014;42(3):206-15.
15. Kaur M, Jindal R, Dua R, Gautam A, Kaur R. Salutogenesis: A New Approach toward Oral Health Promotion. **Contemp Clin Dent** 2017;8(3):387-90.
16. Khatri SG, Acharya S, Srinivasan SR. Mothers' sense of coherence and oral health related quality of life of preschool children in Udipi Taluk. **Community Dent Health** 2014;31(1):32-6.
17. Kumar S, Tadakamadla J, Kroon J, Johnson NW. Impact of parent-related factors on dental caries in the permanent dentition of 6-12-year-old children: A systematic review. **Journal of dentistry** 2016;46:1-11.
18. Lacerda VRd, Pontes ERJC, Queiroz CLd. Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. **Estud psicol (Campinas)** 2012;29(2):203-8.
19. Lage CF, Fulgencio LB, Correa-Faria P, Serra-Negra JM, Paiva SM, Pordeus IA. Association between dental caries experience and sense of coherence among adolescents and mothers. **Int J Paediatr Dent** 2017;27(5):412-9.
20. Mattila ML, Rautava P, Saarinen M, Tolvanen M, Ojanlatva A, Jaakkola S, et al. Adolescent with caries and experienced interaction with dental staff. **International Journal of Paediatric Dentistry** 2019;29(1):36-42.
21. Rai NK, Tiwari T. Parental Factors Influencing the Development of Early Childhood Caries in Developing Nations: A Systematic Review. **Front Public Health** 2018;6:64.
22. Ruy Carneiro NC, Duda Deps T, Campos Franca E, Ribeiro Valadares E, Almeida Pordeus I, Borges-Oliveira AC. Oral health of children and adolescents with mucopolysaccharidosis and mother's Sense of Coherence. **Spec Care Dentist** 2017;37(5):223-9.

Sa-Pinto AC, Silveira-Coelho V, Fernandes IB, Menezes-Silva R, Ramos-Jorge ML. Relationship Between Mother's Sense of Coherence and Oral Health of Babies aged 6-36 Months: A Pilot Study. **Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria E Clinica Integrada** 2016;16(1):185-93.

23. Tomazoni F, Vettore MV, Mendes FM, Ardenghi TM. The Association between Sense of Coherence and Dental Caries in Low Social Status Schoolchildren. **Caries Res** 2019;53(3):314-21.

2. RELATÓRIO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

Projeto: Condições de saúde bucal aos 12 anos de idade na Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004: determinantes socioeconômicos, psicossociais, comportamentais e de acesso a serviços odontológicos ao longo do ciclo vital

Relatório o trabalho de campo e resultados

Coordenador: Alúcio JD Barros

Pelotas, 2017

1. Introdução

A cidade de Pelotas (RS) possui, atualmente, quatro coortes de nascimentos que tiveram início nos anos de 1982, 1993, 2004 e 2015. A Coorte de Nascimentos de 2004, que já realizou até o momento sete acompanhamentos, tem como objetivo principal investigar a influência de exposições precoces sobre desfechos em saúde ao longo do ciclo vital. Em 2004, todas as mães de crianças nascidas nas maternidades da cidade de Pelotas-RS, residentes em Pelotas ou bairro Jardim América, no Capão do Leão, foram convidadas a participar do estudo. Foram entrevistadas no período Perinatal 4231 mães, e coletadas, nesta etapa, e nos acompanhamentos subsequentes, informações sobre condições pré-natais e perinatais, características demográficas e socioeconômicas da mãe, estilo de vida, uso de serviços de saúde, saúde mental da mãe, crescimento e desenvolvimento da criança, morbidades, entre outras descritas mais detalhadamente em publicações prévias (BARROS et al., 2008, SANTOS et al., 2014).

Em 2009, foi realizado o primeiro acompanhamento de saúde bucal, com uma subamostra de participantes da coorte de 2004 (1303 indivíduos), dos quais 1129 foram examinados (taxa de resposta de 86,6%). Neste acompanhamento, foram investigadas questões referentes à: opiniões da mãe/responsável sobre cuidados com a criança, orientação de saúde bucal, higiene bucal da criança, alimentação, consultas com o dentista, satisfação e problemas bucais, autopercepção de saúde bucal da mãe e condições de saúde bucal materna, além da realização de exame clínico bucal da criança.

O acompanhamento de saúde bucal realizado em 2017, com os mesmos participantes da subamostra da coorte 2004 avaliada no acompanhamento anterior,

neste momento com 12 e 13 anos, teve como objetivo investigar questões relacionadas ao uso de serviços odontológicos, percepção de saúde bucal, hábitos de higiene bucal e acesso a fluoretos do adolescente, qualidade de vida relacionada à saúde bucal, estresse parental, estilos educativos e senso de coerência, além de avaliar as condições de saúde bucal do adolescente.

2 Métodos

2.1 Elaboração do instrumento

O instrumento utilizado foi elaborado pelos pesquisadores e testado posteriormente em 6 mães e adolescentes entre 10 e 13 anos. Após o teste, foram feitas as adaptações necessárias para melhorar o entendimento. O questionário foi composto de 139 questões, divididas em blocos:

Bloco A - Identificação

Bloco B - Uso de serviços odontológicos

Bloco C - Bruxismo

Bloco D – Questões direcionadas à mãe sobre higiene e uso de serviços odontológicos

Bloco E - Funcionalidade familiar

Bloco F - Estresse parental

Bloco G – Escalas Estilos Educativos

Bloco H – Senso de coerência

Bloco I – Hábitos de higiene bucal e uso de fluoretos do adolescente

Bloco J – Hábitos alimentares

Bloco L – Percepção relacionada à saúde bucal

2.2 Seleção da equipe

Para o trabalho de campo foram selecionadas sete entrevistadoras. O processo de seleção foi divulgado eletronicamente, pela equipe de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPel, aproximadamente 30 dias do início do trabalho de campo ([www.epidemiologia-](http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=2735)

[ufpel.org.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=2735](http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=2735)).

As

candidatas entregaram formulário de inscrição impresso e preenchido (disponível para download em <http://bit.ly/entrevistadoraexterna>) e foto anexada à documentação, na recepção do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Foram recebidos 106 formulários, dos quais 33 foram selecionados para entrevista. Após entrevista, foram selecionadas 17 candidatas para a etapa de treinamento do questionário de saúde bucal, das quais 08 passaram para a etapa de treinamento como anotadoras em ficha clínica específica (em papel). Ao final do processo, oito entrevistadoras foram selecionadas para o trabalho de campo, porém uma desistiu do processo por razões médicas. Quanto aos examinadores, foram convidados a participar como examinadores de saúde bucal todos os alunos de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFPel, com experiência prévia em levantamentos epidemiológicos.

A equipe final do acompanhamento de 12-13 anos de saúde bucal, na coorte de 2004, consistiu em nove examinadores de saúde bucal treinados (todos dentistas), sete entrevistadoras treinadas, três agendadores, uma secretária, uma bolsista para controle de qualidade, um supervisor de campo, sob a coordenação imediata das professoras Dra. Andreia Morales Cascaes e Dra. Maria Beatriz Junqueira Camargo.

2.3 Treinamento e calibração

O treinamento das entrevistadoras para a aplicação do questionário aconteceu em dois momentos: durante o processo de seleção e, logo após, somente com as entrevistadoras selecionadas. Num primeiro momento, foram realizados dois encontros presenciais com as candidatas (14 e 15 de março, 2017), para esclarecimentos sobre o trabalho de campo, detalhamento das questões contidas no questionário de saúde bucal e

orientações do manual de instruções. As candidatas aplicaram o questionário para as professoras, durante o treinamento, e ao final esclareceram possíveis dúvidas. O treinamento do questionário eletrônico foi feito somente com as entrevistadoras selecionadas (20 de março, 2017). Foi realizada a exposição do método de inserção das informações no Tablet, tela a tela, questão por questão. Além disso, as entrevistadoras foram esclarecidas a respeito de possíveis erros passíveis de ocorrerem durante a aplicação do questionário, utilizando o software, e a forma de solucioná-los. Ao final, as entrevistadoras fizeram simulações destas aplicações e do preenchimento da ficha clínica e foram orientadas a aplicar o questionário com, pelo menos, duas mães.

Em relação aos examinadores de saúde bucal, o processo teve início com treinamento teórico, com exposição dos critérios diagnósticos, para cada condição de saúde bucal avaliada. O treinamento teórico foi realizado em dois momentos (13 e 14 de março, 2017), com duração média de 4 horas cada encontro. No primeiro encontro, foram apresentados os critérios diagnósticos para Cárie dentária (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados, OMS, 1997), Oclusopatias (*Dental Aesthetic Index*, proposto por Cons et al., 1989), higiene bucal (Índice de Higiene Bucal Simplificado proposto por Greene e Vermillion, 1964 e Índice Periodontal Comunitário proposto pela OMS, 1997), Fluorose (Índice de Dean, OMS, 1997) e Traumatismos alvéolo-dentários e, no segundo encontro, Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte (*Modified DDE Index*, Clarkson and O'mullane', 1989), Erosão dentária (*Basic Erosive Wear Examination*, Carvalho et al., 2015) e tipo, qualidade e falha de restaurações.

O processo de calibração dos examinadores para Fluorose, Erosão dentária, Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte e tipo, qualidade e falha de restaurações foi realizado *in lux*. Os examinadores avaliaram individualmente 20 imagens projetadas, de boa qualidade, de cada condição acima descrita, com intervalo de aproximadamente dois minutos entre cada imagem, e classificaram os elementos dentários, de acordo com os critérios diagnósticos previamente apresentados para cada condição. A calibração para Cárie Dentária e Oclusopatias foi realizada com alunos da Escola Municipal Francisco Caruccio, em Pelotas, RS. Cada cirurgião-dentista examinou 25 crianças, após revisão dos critérios diagnósticos por um examinador padrão-ouro.

Após a realização das calibrações, as fichas contendo as avaliações dos examinadores, para cada condição, foram digitadas em planilhas no Microsoft Excel®, transferidas para o pacote estatístico Stata 12.0 e analisadas através de estatística *Kappa*, onde coeficientes menores ou igual a 0,20 representam uma concordância pobre entre o examinador e o padrão-ouro, entre 0,21 e 0,40 ligeiramente pobre, entre 0,41 e 0,60 moderada, 0,60 e 0,80 boa concordância e entre 0,80 e 1,00 muito boa. Para este estudo, coeficientes acima de 0,60 foram considerados aceitáveis.

Na calibração *in lux*, cinco examinadores não atingiram valores aceitáveis para o índice *Kappa* para erosão, três não atingiram para Fluorose e oito para Defeitos de Desenvolvimento de Esmalte. Na calibração nas escolas, dois examinadores não atingiram valores aceitáveis para o índice *Kappa* para Oclusopatias. Em vista disso, uma nova calibração foi realizada com os mesmos, precedida pela exposição e discussão de casos

clínicos, refletindo situações que geraram confusão. Os resultados finais do processo de calibração podem ser observados nas Tabelas 1 a 4.

Tabela 1. Resultado final da calibração de examinadores de saúde bucal para o acompanhamento de saúde bucal aos 12-13 anos da subamostra de nascidos em 2004, Pelotas, 2017 (Erosão, DDE, Traumatismos e Fluorose dentária).

* *Padrão-ouro: Prof. Marcos Britto* ** *Padrão-ouro: Profa. Andreia Cascaes*

Calibração in lux - Erosão*

<i>Examinador</i>	<i>Concordância observada</i>	<i>Concordância esperada</i>	<i>Kappa ponderado</i>
1	88,89%	54,98%	0,75
2	84,72%	57,52%	0,64
3	90,28%	56,25%	0,77
4	86,11%	55,90%	0,68
5	72,22%	53,13%	0,84
6	77,78%	53,82%	0,65
7	81,94%	55,67%	0,60
8	86,11%	56,94%	0,68
9	83,33%	55,32%	0,63
Média			0,69

Calibração in lux - DDE*

<i>Examinador</i>	<i>Concordância observada</i>	<i>Concordância esperada</i>	<i>Kappa ponderado</i>
1	88,10%	64,40%	0,67
2	94,12%	63,49%	0,84
3	89,29%	67,38%	0,67
4	90,48%	66,50%	0,72

5	88,10%	72,51%	0,60
6	90,87%	69,50%	0,70
7	88,44%	70,68%	0,61
8	87,14%	65,74%	0,62
9	87,14%	66,51%	0,61

Média			0,67
--------------	--	--	-------------

Calibração in lux - Traumatismo (considerando o critério mais conservador)**

<i>Examinador</i>	<i>Concordância observada</i>	<i>Concordância esperada</i>	<i>Kappa</i>
1	96,25%	67,71%	0,88
2	91,25%	64,21%	0,76
3	95,42%	65,85%	0,87
4	96,25%	67,69%	0,88
5	96,25%	68,07%	0,88
6	95,42%	66,76%	0,86
7	96,25%	67,19%	0,88
8	95,00%	66,28%	0,85
9	97,50%	66,00%	0,92
Média			0,86

Calibração in lux – Fluorose**

<i>Examinador</i>	<i>Concordância observada</i>	<i>Concordância esperada</i>	<i>Kappa ponderado</i>
1	89,60%	66,50%	0,69
2	88,57%	64,47%	0,68
3	88,57%	64,18%	0,68
4	91,20%	66,05%	0,74
5	90,86%	66,37%	0,73

6	86,29%	64,15%	0,62
7	89,71%	65,52%	0,70
8	92,00%	65,50%	0,77
9	83,43%	57,63%	0,61
Média			0,69

Tabela 2. Resultado final da calibração de examinadores de saúde bucal para o acompanhamento de saúde bucal aos 12-13 anos da subamostra de nascidos em 2004, Pelotas, 2017 (Oclusopatias).

<i>Examinador</i>	<i>Corcordância observada</i>	<i>Kappa ponderado*</i>
1	0,79	0,85
2	0,57	0,60
3	0,86	0,90
4	0,77	0,76
5	0,85	0,87
6	0,73	0,67
7	0,67	0,60
8	0,71	0,80
9	0,60	0,60
Média		0,74

* *Padrão-ouro: Profa. Andreia Cascaes*

Tabela 3. Resultado final da calibração de examinadores de saúde bucal para o acompanhamento de saúde bucal aos 12-13 anos da subamostra de nascidos em 2004, Pelotas, 2017 (Cárie dentária).

<i>Examinador</i>	<i>Corcordância observada</i>	<i>Kappa ponderado*</i>
-------------------	-------------------------------	-------------------------

1	98,93%	0,95
2	98,34%	0,92
3	98,92%	0,95
4	98,73%	0,94
5	98,36%	0,91
6	96,41%	0,83
7	98,36%	0,91
8	98,78%	0,94
9	97,00%	0,85

Média	0,91
--------------	-------------

* *Padrão-ouro: Profa. Andreia Cascaes*

Tabela 4. Resultado final da calibração de examinadores de saúde bucal para o acompanhamento de saúde bucal aos 12-13 anos da subamostra de nascidos em 2004, Pelotas, 2017 (Restaurações).

Examinador	Concordância observada	Kappa*
1	93,10%	0,84
2	86,21%	0,66
3	86,21%	0,66
4	86,21%	0,68
5	93,10%	0,83
6	86,21%	0,71
7	86,21%	0,68
8	86,21%	0,68
9	86,21%	0,70
Média		0,72

* *Padrão-ouro: Prof. Marcos Britto*

2.4 Material utilizado no campo

O trabalho de campo foi realizado por entrevistadoras e dentistas devidamente identificados com camiseta e crachá (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Layout da camiseta do estudo



Figura 2. Crachá de identificação

O material utilizado para a coleta de dados consistiu em: (1) Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento do adolescente (APÊNDICE 1); (2) Manual de Instruções (APÊNDICE 2); (3) Questionário impresso (para casos onde não fosse possível preencher o questionário eletrônico) (APÊNDICE 3); (4) Tabelas de códigos

(APÊNDICE 4);(5) Tabela de quantidade de dentifrício (APÊNDICE 5); (6) Tablet (Samsung® Galaxy “Tela 7” Android 4.4), com captura de dados através do RedCap®, aplicativo web utilizado para a construção e gerenciamento de pesquisas e bancos de dados on-line, com captura off-line (Figura 3); (7) Ficha clínica impressa (para casos onde não fosse possível preencher a ficha eletrônica) (APÊNDICE 6); (8) Lápis, canetas e pastas para organização do material.



Figura 3. Tablet Samsung® Galaxy

Para o exame clínico foram utilizados equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscara e gorro), fotóforos para iluminação artificial e kit clínico esterilizado contendo espelho clínico e sonda CPI.

2.5 Logística do trabalho de campo

O trabalho de campo teve início em 27 de abril de 2017 e foi finalizado em 16 de outubro de 2017.

2.5.1 Agendamentos

Os agendamentos do acompanhamento de saúde bucal foram realizados por pessoal treinado para tal. A logística de agendamentos teve como ponto inicial o agendamento por bairros, a fim de otimizar o trabalho de campo. Os agendamentos foram realizados por telefone e utilizou-se o sistema online do RedCap® para o acesso às informações dos participantes e seus responsáveis, bem como registro de data e horários de agendamento no calendário do próprio software. Inicialmente, as informações foram consultadas, a ligação telefônica realizada e o agendamento registrado no calendário e no campo de endereço do participante. Logo após, as informações do agendamento eram passadas para uma planilha no Microsoft Excel®, compartilhada com a equipe de agendamento, secretária e supervisor de campo através do Google Drive, que era enviada diariamente à equipe de campo. No dia anterior à entrevista, foram realizadas ligações de confirmação para os participantes. Tanto na ligação de agendamento quanto na ligação de confirmação, questões-chave foram levantadas: (1) Se era possível agendar um horário para o acompanhamento; (2) Em qual dia e horário era possível agendar a entrevista de maneira que o adolescente estivesse acompanhado pela mãe ou responsável; (3) Endereço atual; (4) Ponto de referência. Para as ligações de confirmação, bolsistas de iniciação científica foram treinados para executar a função.

2.5.2 Coleta de dados

O acompanhamento dos participantes foi realizado sempre em dupla, um dentista e uma entrevistadora, no domicílio do participante. Aquele da dupla que tivesse carro para o deslocamento era responsável por organizar o horário de saída, a fim de chegarem pontualmente ao domicílio. Qualquer eventualidade no trajeto era relatada ao supervisor de campo ou à secretária, que entravam em contato com o responsável pelo participante.

Ao chegarem à residência, a entrevistadora dava início à coleta, com a apresentação do estudo e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento para o adolescente. A seguir, era então realizado o questionário para o responsável e para o adolescente e por fim, o exame clínico bucal, com o participante posicionado de modo a permitir boa visualização pelo dentista e conforto para o participante. Após o exame, o dentista forneceu orientações básicas sobre cuidados em saúde bucal.

2.5.3 Descarregamento dos dados

O descarregamento das entrevistas e entrega dos Termos de Consentimento e Assentimento era realizado duas vezes por semana, nas segundas e sextas-feiras, para o supervisor do estudo. Inconsistências nas entrevistas ou dúvidas nas entrevistadoras eram esclarecidas no momento do descarregamento, bem como reposição de materiais para o campo.

O descarregamento do Tablet era realizado seguindo os comandos:

- [1] Na tela inicial, fazer o *login* escrevendo a senha de acesso;
- [2] Selecionar "*My projects*";
- [3] Selecionar "*Selecionar o nome do projeto*" (o nosso foi saúde bucal);
- [4] Selecionar "*Send Data to Server*";
- [5] Selecionar "*OK*", na caixa que abrirá dizendo que o servidor é inseguro;
- [6] Na questão "*Can this app access your location*", selecionar "*No*";
- [7] Aguardar na tela "*Progress*";
- [8] Selecionar "*Send Records with Changes*";
- [9] Aguardar na tela "*Progress*"
- [10] Processo finalizado na tela "*Done! Data and file send to server*", nesta mesma tela selecionar "*Back to project*"

Após cada descarregamento dos dados era realizado o download do banco de dados (backup), como medida de segurança.

2.6 Estratégias para redução de perdas

Os dados de contato dos participantes foram obtidos através dos registros no sistema RedCap®, do último acompanhamento da coorte de 2004, realizado em 2015. Assim, aqueles adolescentes que não realizaram o acompanhamento neste ano tinham seus dados desatualizados no sistema, em sua maioria. Em vista disso, e de não se ter obtido

sucesso de contato por telefone com alguns participantes com dados cadastrais atualizados, optou-se por adotar duas estratégias de busca adicionais: bateção nos endereços disponíveis e contato por *Facebook*[®].

Inicialmente, não obtendo-se sucesso de contato por telefone, após seis ligações em horários diferenciados (inclusive aos finais de semana), os endereços cadastrados eram repassados a um batedor, divididos por bairros. O batedor deslocava-se até a residência do participante em busca de um novo contato telefônico e agendamento da entrevista de saúde bucal. Antes de iniciado o processo, os batedores foram treinados para forma de abordagem. As visitas eram realizadas durante a semana e aos finais de semana, em horários alternados. Não obtendo-se sucesso com as bateções, era utilizado como estratégia final o contato pelo *Facebook*[®], com os responsáveis pelos adolescentes. Dois bolsistas foram designados para tal função e realizavam o envio de um texto padrão: *“Olá, <NOME DO RESPONSÁVEL>, somos da Coorte 2004 e estamos tentando localizar alguns participantes de nosso cadastro que estão sem atualização. Gostaríamos de saber se você tem algum filho(a) nascido(a) no ano 2004 em Pelotas-RS e que tenha participado da pesquisa, em vista que temos uma pessoa com o mesmo nome que o seu em nosso banco de dados. Para mais informações, você pode nos contatar por aqui ou pelo telefone (53) 3284-1300 Ramal 357 Aguardamos seu contato.”*

2.7 Controle de Qualidade

O controle de qualidade foi feito em 10% da amostra através de um questionário reduzido, aplicado por telefone, em média 10 dias após a realização da entrevista. Neste

momento foi coletada a opinião dos pais/cuidadores a respeito do trabalho realizado pela equipe. Os pais ou responsáveis foram questionados se foram bem tratados pela entrevistadora e pelo dentista e sobre o tempo de duração da entrevista. Além disso, foram aplicadas cinco questões do questionário completo (APÊNDICE 7). Foram feitos relatórios quinzenais sobre o controle de qualidade. Os resultados finais podem ser observados nas Tabelas 5 a 7. Das 104 entrevistas de controle de qualidade, todos entrevistados confirmaram o recebimento da entrevistadora acompanhada por um dentista. Das 104 entrevistas, 103 dos entrevistados relataram ter recebido um bom tratamento tanto da entrevistadora quanto do dentista. Em uma entrevista, o entrevistado relatou um bom tratamento apenas da entrevistadora.

Tabela 5. Proporção de controle de qualidade por entrevistadora.

Entrevistador	Código	n (%)
1	20	3 (2.88)
2	2	21 (20.19)
3	3	2 (1.92)
4	4	23 (22.12)
5	5	9 (8.65)
6	6	11 (10.58)
7	7	23 (22.12)
8	8	12 (11.54)

Tabela 6. Tempo de duração da entrevista em minutos.

Entrevistador	Média	Amplitude
1	65	30-120
2	45.9	20-60
3	35	30-40
4	50.7	20-120
5	44.4	30-70
6	60.4	30-90
7	51.1	15-90
8	40	15-60
Total	49.17	15-120

Tabela 7. Questões avaliativas da qualidade da entrevista.

<i>N discordantes (%)</i>	0	17 (16.35)	7 (6.73)	37 (35.58)	35 (33.65)
<i>Kappa entrevistador</i>	-	0.61	0.55	0.48	0.51
1				3 (100)	3 (100)
2		3 (14.28)		6 (28.57)	6 (28.57)
3					1 (50.0)
4		5 (21.74)	1 (4.35)	11 (47.83)	6 (26.08)
5		2 (22.22)	1 (11.11)	2 (22.22)	2 (22.22)
6		2 (18.18)	1 (9.09)	5 (45.45)	4 (36.36)
7		4 (17.39)	3 (13.04)	7 (30.43)	10 (43.48)
8		1 (8.33)	1 (8.33)	3 (25.0)	3 (25.0)

2.8 Avaliação de inconsistências

A avaliação de inconsistências nas entrevistas depositadas no banco de dados foi realizada quinzenalmente, com o auxílio de um *do.file* (Quadro 1) e através de conferência manual. Quando identificada inconsistência, solicitou-se que as próprias entrevistadoras realizassem ligação telefônica para o participante e esclarecer a inconsistência. Foi feito o registro das inconsistências em uma planilha do Microsoft Excel®.

Quadro 1. *Do.file* de inconsistências.

```
**Do.file inconsistências Saúde Bucal**
```

```
**Verificar duplicatas**
```

```
duplicates list nquest
```

```
duplicates report nquest
```

```
**BLOCO IDENTIFICAÇÃO**
```

```
list nquest if bi01==.
```

```
list nquest if bi01a==.
```

```
list nquest if bi04==.
```

```
**BLOCO USO DE SERVIÇOS**
```

```
list nquest if us01==0 & us02==.
```

```
list nquest if us01==1 & us03==.
```

list nquest if us01==1 & us04==.

list nquest if us01==1 & us05==.

list nquest if us01==1 & us05==.

list nquest if us06~=. & us07a==.

list nquest if us06~=. & us07b==.

list nquest if us06~=. & us07c==.

list nquest if us06~=. & us07d==.

list nquest if us06~=. & us07e==.

list nquest if us06~=. & us07f==.

list nquest if us06~=. & us07g==.

list nquest if us06~=. & us07h==.

list nquest if us06~=. & us07i==.

list nquest if us06~=. & us07j==.

list nquest if us15==4 & us16~=8

list nquest if us19== 1 & us19 > 10

list nquest if us21==1 & us21>10

list nquest if usm05==1 & usm05_qts>15

list nquest if usm06==1 & usm06_qts>15

****FUNCIONALIDADE FAMILIAR****

list nquest if ff01==.

list nquest if ff02==.

list nquest if ff03==.

list nquest if ff04==.

list nquest if ff05==.

****ESTRESSE PARENTAL****

list nquest if ep01==.

list nquest if ep02==.

list nquest if ep03==.

list nquest if ep04==.

list nquest if ep05==.

list nquest if ep06==.

list nquest if ep07==.

list nquest if ep08==.

list nquest if ep09==.

list nquest if ep10==.

list nquest if ep11==.

list nquest if ep12==.

list nquest if ep13==.

list nquest if ep14==.

list nquest if ep15==.

list nquest if ep16==.

list nquest if ep17==.

list nquest if ep18==.

list nquest if ep19==.

list nquest if ep20==.

list nquest if ep21==.

list nquest if ep22==.

list nquest if ep23==.

list nquest if ep24==.

list nquest if ep25==.

list nquest if ep26==.

list nquest if ep27==.

list nquest if ep28==.

list nquest if ep29==.

list nquest if ep30==.

list nquest if ep31==.

list nquest if ep32==.

list nquest if ep33==.

list nquest if ep34==.

list nquest if ep35==.

list nquest if ep36==.

****ESCALAS DE ESTILOS EDUCATIVOS****

list nquest if ee01==.

list nquest if ee02==.

list nquest if ee03==.

list nquest if ee04==.

list nquest if ee05==.

list nquest if ee06==.

list nquest if ee07==.

list nquest if ee08==.

list nquest if ee09==.

list nquest if ee10==.

list nquest if ee11==.

list nquest if ee12==.

****SENSO DE COERÊNCIA****

list nquest if sc01==.

list nquest if sc02==.

list nquest if sc03==.

list nquest if sc04==.

list nquest if sc05==.

list nquest if sc06==.

list nquest if sc07==.

list nquest if sc08==.

list nquest if sc09==.

list nquest if sc10==.

list nquest if sc11==.

list nquest if sc12==.

list nquest if sc13==.

****PERCEPÇÃO DE SAUDE BUCAL****

list nquest if hg01==0 & hg02~=2

list nquest if hg01==0 & hb04~=.

list nquest if sb01==.

list nquest if sb02==.

list nquest if sb03==.

list nquest if sb05==.

list nquest if sb06==.

list nquest if sb07==.

list nquest if sb08==.

list nquest if sb09==.

list nquest if sb10==.

list nquest if sb11==.

list nquest if sb12==.

list nquest if sb13==.

list nquest if sb14==.

list nquest if sb15==.

list nquest if sb16==.

list nquest if sb17==.

list nquest if sb18==.

list nquest if sb19==.

list nquest if sb20==.

list nquest if sb21==.

list nquest if sb22==.

list nquest if sb23==.

3. ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO ORIGINAL

ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO ORIGINAL

Estava previsto no projeto inicial apresentado na qualificação do Mestrado, a realização de uma análise para verificar a associação entre senso de coerência materno e cárie dentária aos 12 anos. Porém, após as discussões realizadas com a banca do projeto, optou por avaliar se o senso de coerência materno e os comportamentos em relação à saúde bucal das mães mediavam a relação entre os comportamentos de saúde bucal do adolescente e a cárie dentária. Além disso, por se tratar de adolescentes, que apresentam certa independência dos pais, o estudo também verificou se os comportamentos de saúde bucal dos próprios adolescentes são os principais responsáveis pela cárie dentária. Com as mudanças, o objetivo final do estudo foi descrever a prevalência da cárie dentária dos adolescentes aos 12 e 13 anos, verificar se os comportamentos de saúde bucal da mãe e o aspecto psicossocial materno mediam a relação entre os comportamentos de saúde bucal do adolescente e a presença de cárie dentária, e por fim, verificar a associação entre os comportamentos de saúde bucal dos adolescentes e cárie dentária.

1. Análises estatísticas

Houve ajuste na análise inicialmente proposta. Foi realizada análise de mediação por meio de Equação Estrutural (análise de caminhos). O teste qui-quadrado foi utilizado para comparação entre proporções do desfecho cárie dentária com as variáveis de exposição. Por fim, a análise de regressão de Poisson com ajuste de variância robusta, usada para determinar a razão de prevalência e intervalo de confiança de 95%. O desfecho foi analisado em relação à variável de exposição principal - comportamento de saúde bucal do adolescente e ajustado para as variáveis de exposição em três blocos: bloco 1: variáveis sociodemográficas, bloco 2: psicossocial materna e bloco 3: escore do comportamento materno.

2. Variáveis de exposição

Foram criados escores de comportamento de saúde bucal da mãe e do adolescente.

A variável de exposição comportamento de saúde bucal materno foi composta pelas variáveis uso regular de serviço odontológico da mãe (sim/não), número de escovações por dia (até 2, >2), recebeu orientação de prevenção (sim/não). Foi organizado um escore que poderia variar de 0 a 3. Quanto maior o escore pior o comportamento de saúde bucal.

A variável de exposição principal do estudo foi comportamento de saúde bucal do adolescente, variável composta por consumo de doces (sim/não), número de escovações do adolescente (até 2, >2) e uso regular de serviço odontológico do adolescente (sim/não). Foi organizado um escore de 0 a 3. Da mesma forma da variável comportamento da mãe, quanto maior o escore pior o comportamento de saúde bucal do adolescente.

4. NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

CARDERNO DE SAÚDE PÚBLICA

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – LINK 3);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – LINK 4);

1.6 – Questões Metodológicas (LINK 5): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (LINK 1) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (LINK 2);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Nederlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já

cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.

5. ARTIGO

CÁRIE DENTÁRIA NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTO PSICOSSOCIAL DA MÃE E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL DA MÃE E DOS ADOLESCENTES

CÁRIE DENTÁRIA NA ADOLESCÊNCIA

PALAVRAS-CHAVE: Cárie Dentária, Saúde Bucal, Senso de Coerência, Comportamento e Mecanismos Comportamentais

RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar a associação entre comportamentos de saúde bucal e cárie dentária entre adolescentes e se os comportamentos de saúde bucal da mãe e o aspecto psicossocial materno mediam a relação entre os comportamentos de saúde bucal do adolescente e a presença de cárie dentária. Estudo transversal aninhado em uma coorte de nascimentos. O desfecho foi a cárie dentária utilizando o índice de superfícies cariadas, perdidas e obturadas da Organização Mundial de Saúde. A variável de exposição principal foi comportamento de saúde bucal do adolescente. As variáveis de exposição foram sociodemográficas, senso de coerência materno e comportamento de saúde bucal mãe. O programa estatístico Stata 15.0 foi utilizado para as análises. Foram realizadas análises descritivas das variáveis de exposição, a análise de mediação entre os comportamentos de saúde bucal e senso de coerência da mãe com os comportamentos de saúde bucal e cárie dentária adolescente e, por fim, análise de regressão de Poisson bruta e ajustada para os comportamentos de saúde bucal do adolescente e cárie dentária. Para todas análises foi considerado um nível de significância de 5%. A prevalência de cárie dentária foi 36,9%. Não foi observado mediação entre os comportamentos de saúde bucal e o senso de coerência da mãe com os comportamentos de saúde bucal dos adolescentes e cárie dentária. Os adolescentes que com pior comportamento de saúde bucal, após a análise ajustada tinham maior probabilidade de ter cárie dentária do que aqueles tinham melhor comportamento (RP: 1,62, IC95%: 1,23-2,12; $p < 0.001$). No presente estudo, os comportamentos maternos e o senso de coerência não mediarão a relação entre os comportamentos de saúde bucal do adolescente e cárie dentária, mas sim foi observado que os comportamentos de saúde bucal relacionados ao adolescente influenciaram a presença de cárie dentária nos mesmos.

DENTAL CARIES IN ADOLESCENCE: PSYCHOSOCIAL ASPECT OF THE MOTHER AND ORAL HEALTH BEHAVIORS OF THE MOTHER AND ADOLESCENTS

KEYWORDS: Dental Caries, Oral Health, Sense of Coherence and Behavior and Behavior Mechanisms

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the association between oral health behaviors and dental caries among adolescents and whether the mother's oral health behaviors and the maternal psychosocial aspect mediate the relationship between the adolescent's oral health behaviors and the presence of dental caries. Cross-sectional study nested in a Cohort. The dental caries (outcome) were measured using the Decayed, Missing, and Filled Teeth (DMFT) index, as proposed by the World Health Organization (WHO). The main exposure variable of the study was the adolescent's oral health behavior. The exposure variables were the sociodemographic, maternal sense of coherence, and mother's oral health behavior. The Stata 15.0 statistical program was used for the analysis of the study. Descriptive analyzes of the study's exposure variables were analyzed, a mediation analysis such as oral health behavior variables and the mother's sense of coherence with oral health and caries behaviors adolescent dental and, finally, crude and adjusted Poisson regression analysis for the adolescent's oral health behavior and dental caries. Descriptive analyzes were performed of the study's exposure variables, mediation analysis between as oral health behavior variables and the mother's sense of coherence with oral health and dental caries behaviors adolescent and, finally, crude and adjusted Poisson regression analysis for the adolescent's oral health behavior and dental caries. For all analyzes, a significance level of 5% was considered. The prevalence of dental caries was 39.6%. The mediation between oral health behaviors and the mother's sense of coherence with adolescent oral health behaviors and dental caries was not observed. Adolescents who had worse oral health behavior after an adjusted analysis were more likely to have dental caries than those who had a better oral health behavior score (RP: 1,62, IC95%: 1,23-2,12; $p < 0.001$). In the present, study the maternal behavior and the sense of coherence did not mediate the adolescent's oral health behaviors and dental caries, but it was observed that the adolescent-related oral health behaviors arise from the presence of dental caries in them.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é o período que corresponde entre os 10 e 19 anos. Esse estágio é importante para o crescimento e desenvolvimento, além de ser a transição entre a infância e preparação para a vida^{1,2}. Das doenças bucais da adolescência, a cárie dentária é a que traz maior impacto para a qualidade de vida desta população³.

A cárie dentária é uma doença crônica, complexa e multifatorial, de alta prevalência em populações de todo o mundo, considerada um problema de saúde pública^{4,5}. Se não tratada pode causar dor intensa e quadros de infecção afetando diretamente a qualidade de vida^{6,7}. Constitui um processo dinâmico de destruição do dente, determinada pelo desequilíbrio entre o processo de desmineralização e remineralização do dente e o meio bucal. Fatores de proteção inibem ou revertem a desmineralização, tais quais uso de flúor, dieta saudável e bons hábitos bucais. Além destes, determinantes sociais, tais como nível educacional, renda e ocupação⁸, fatores psicológicos como o senso de coerência⁹ e fatores comportamentais, como utilização e acesso aos serviços de saúde, também são relatados na literatura como fatores relacionados à doença cárie, mostrando que apesar de ser uma doença com múltiplos determinantes, é evitável^{5,10}.

A idade dos 12 anos é um momento importante para a avaliação da saúde bucal na adolescência, pois além de ser o estágio final da erupção dos dentes permanentes (excluindo os terceiros molares), há um fácil acesso a essa população na escola¹¹. O último levantamento Nacional de Saúde Bucal realizado em 2010 no Brasil mostrou que cárie dentária medida pelo índice de dentes cariados, perdidos e obturados - CPOD foi de 2,1¹² na idade de 12 anos, que conforme a Organização Mundial de Saúde coloca o Brasil como um país de baixa prevalência de cárie¹¹. Apesar disso, o valor ainda é muito alto quando em comparado aos países com melhores indicadores socioeconômicos, como Espanha (0,9 em 2019)⁵, China (1,1 em 2018)⁶, Alemanha (0,5 em 2014) e Reino Unido (0,5 em 2017)⁷.

Exposições físicas e psicossociais na infância têm efeitos importantes na saúde, bem-estar e desenvolvimento durante a adolescência e a idade adulta¹⁵. O desenvolvimento psicossocial e comportamental das crianças é amplamente moldado por fatores familiares. Durante a infância são as mães que influenciam o ambiente em que a criança se desenvolve. Na adolescência ocorrem mudanças e o adolescente começa a tomar decisões sobre diversas questões da sua vida, incluindo questões da dieta e higiene⁶. Mudanças sociais acabam

resultando em maior autonomia e mais tempo gasto com amigos em vez dos pais¹⁶. A influência dos pais diminui à medida que os filhos amadurecem e outras relações são mais importantes na vida do adolescente¹⁷.

Na literatura, já está bem estabelecido o papel da mãe influenciando a saúde bucal da criança durante a infância^{18,19}, no entanto, não se conhecem estudos que tenham avaliado se essa influência permanece na adolescência.

Diante disso, o presente estudo tem por objetivo associação entre comportamentos de saúde bucal e cárie dentária entre adolescentes aos 12 e 13 anos integrantes da Coorte de nascimento de Pelotas de 2004 e se os comportamentos de saúde bucal da mãe e o aspecto psicossocial materno mediam a relação entre os comportamentos de saúde bucal do adolescente e a presença de cárie dentária.

METODOLOGIA

Estudo transversal aninhado a uma coorte de nascimentos da cidade de Pelotas. A coorte de nascimentos inclui as crianças nascidas entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2004 na área urbana de Pelotas e do Jardim América (atualmente pertencente ao município do Capão do Leão, que originalmente fazia parte da cidade de Pelotas). O município de Pelotas está localizado na metade sul do Rio Grande do Sul, distante 260 km da capital, Porto Alegre.

A saúde geral dos participantes da Coorte de nascimento de 2004 até o momento já foram avaliados em sete momentos. O objetivo principal dos acompanhamentos foi investigar a influência de exposições precoces sobre desfechos em saúde ao longo do ciclo vital. Os acompanhamentos de saúde bucal iniciaram a partir de 2009, quando os participantes da coorte tinham 5 anos de idade. Foi avaliado uma subamostra composta de 1303 indivíduos, dos quais 1129 foram examinados (taxa de resposta de 86,6%), nascidas entre setembro e dezembro de 2004. Em 2017, foi realizado o segundo acompanhamento de saúde bucal, com mesmos participantes da subamostra da coorte 2004 avaliada no acompanhamento anterior, neste momento os participantes tinham 12 e 13 anos. Os dados avaliados no presente estudo fazem parte do 2º acompanhamento de saúde bucal e do 7º acompanhamento de saúde geral quando as crianças tinham 11 anos de idade.

Para a obtenção dos dados do estudo tanto para o 7º acompanhamento geral da coorte quanto para o segundo acompanhamento de saúde bucal foram realizados treinamentos com entrevistadores do estudo para aplicação do questionário, com o esclarecimento dos possíveis

erros que poderiam acontecer durante a aplicação do questionário e como solucionar. Ao final, eram feitas simulações do questionário, com pelo menos, duas mães não participantes da coorte.

Para a realização do exame de saúde bucal, com o objetivo de obter a informação de cárie dentária foi realizado um treinamento teórico e uma calibração propriamente dita com nove examinadores, todos cirurgiões-dentistas. Inicialmente, houve treinamento teórico, com a apresentação dos critérios diagnósticos de cárie dentária propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS,2015). A calibração de cárie dentária foi realizada com as crianças matriculadas em uma escola municipal da cidade de Pelotas.

As fichas contendo as avaliações dos examinadores foram digitadas em planilhas no Microsoft Excel®, transferidas para o pacote estatístico Stata 12.0 e analisadas através de estatística Kappa. Para este estudo, coeficiente acima de 0,60 foi considerado aceitável.

A captura de dados foi feita através do RedCap®, aplicativo web utilizado para a construção e gerenciamento de pesquisas e bancos de dados on-line, com captura off-line. O acompanhamento dos participantes foi realizado sempre em dupla, um dentista e uma entrevistadora, no domicílio do participante. Ao chegarem à residência, a entrevistadora dava início à coleta, com a apresentação do estudo e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento para o adolescente. A seguir, era então realizado o questionário para o responsável e para o adolescente e por fim, o exame de bucal, com o participante posicionado de modo a permitir boa visualização pelo dentista e conforto para o participante. Após o exame, o dentista forneceu orientações básicas sobre cuidados em saúde bucal. O trabalho de campo ocorreu entre abril e outubro de 2017.

O desfecho do estudo foi a **cárie dentária**. As informações foram coletadas por meio de um exame físico. Para avaliação da cárie dentária foi utilizado o índice CPOS – superfícies cariadas, perdidas e obturadas, proposto pela OMS. O índice CPOS varia de 0-168 superfícies. No caso dos adolescentes de 12 e 13 anos esse índice varia de 0-144 superfícies, pois os terceiros molares não estão erupcionados. Para fins de análise estatística foi considerado a ausência ou presença de cárie (CPOS=>1).

A variável de exposição principal do estudo foi **comportamento de saúde bucal do adolescente**, variável composta por consumo de doces (sim/não), número de escovações do adolescente (até 2, >2) e uso regular de serviço odontológico do adolescente (sim/não). Foi organizado um escore de 0 a 3. Quanto maior o escore, pior é o comportamento relacionado à saúde bucal do adolescente.

As outras variáveis de exposição do estudo foram **sociodemográficas, psicossocial materna, comportamento de saúde bucal materno**. As **variáveis sociodemográficas** avaliadas no estudo foram: cor da pele (branca e não branca), número de filhos (1, 2-3 e mais de 3) e escolaridade da mãe (anos) em 4 categorias (até 4, 5-8, 9-12, >12). A variável **psicossocial materna** foi o senso de coerência – escore senso de coerência obtido por instrumento desenvolvido por Antonovsky (1987) que investiga a capacidade de lidar e superar situações estressantes da vida. Contém 13 questões com opções de respostas distintas, em escala Likert, de 1 a 7, que foi categorizado em quartis. A variável **comportamento de saúde bucal materno** foi composta pelas variáveis uso regular de serviço odontológico da mãe (sim/não), número de escovações por dia (até 2, >2) e recebeu orientação de prevenção (sim/não). Foi organizado um escore que poderia variar de 0 a 3. Quanto maior o escore, pior é comportamento relacionado à saúde bucal.

O programa estatístico Stata 15.0 foi utilizado para as análises realizadas do estudo. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis do estudo. O teste qui-quadrado foi usado para comparação entre proporções do desfecho cárie dentária com as variáveis de exposição. Após, foi feita análise de mediação por meio da análise de equação estrutural (análise de caminhos) da variável psicossocial, o senso de coerência e os comportamentos de saúde bucal da mãe com os comportamentos de saúde bucal dos adolescentes e o desfecho do estudo, calculando os efeitos diretos, indiretos e totais. Por fim, foi realizado análise de regressão de Poisson com ajuste de variância robusta, usada para determinar a razão de prevalência e intervalo de confiança de 95%. O desfecho foi analisado em relação à variável principal, comportamento de saúde bucal do adolescente, e ajustado para as variáveis em três blocos: bloco 1: variáveis sociodemográficas, bloco 2: psicossocial materna e bloco 3: escore do comportamento de saúde bucal materno. A significância estatística de cada variável do modelo foi avaliada pelo teste de Wald ($p \leq 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, conforme Parecer N. 1.841.984. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Quando identificada qualquer necessidade de tratamento durante o exame de bucal pelo cirurgião-dentista, eram dadas orientações para procura por atendimento ou feito encaminhamento para o serviço de urgência da Faculdade de Odontologia.

RESULTADOS

Foram realizadas 1000 entrevistas com o responsável pelo adolescente e 992 com os adolescentes, sendo que 7 adolescentes não responderam pois o apresentavam déficit cognitivo e houve uma recusa. Quanto aos exames de saúde bucal foram realizados 996 exames completos, pois 3 adolescentes apresentavam déficit cognitivo que inviabilizou a realização do exame e houve uma recusa. A taxa de resposta do estudo aos 12-13 anos de idade dos participantes foi de 76,4 % da amostra original de saúde bucal (n=1.303). A análise de comparação entre esta subamostra e a amostra geral da coorte demonstra que há diferença significativa no quesito escolaridade ($p < 0,001$). As mães da subamostra eram mais escolarizadas do que as da amostra geral em comparação a amostra geral, nas demais variáveis não foram encontradas diferenças significativas ($p > 0,05$).

A amostra foi composta na sua maior parte por adolescentes filhos de mães de cor de pele branca (64,1%), com dois a três filhos (59,1%), com escolaridade de 9 a 12 anos (37,1%). Quanto à variável psicossocial, senso de coerência, a maior parte das mães encontrava-se no 2º quartil (26,3%). Quanto as variáveis do escore de comportamento do adolescente, a maioria dos adolescentes come doce entre as refeições mais de uma vez ao dia (75,13%), escova os dentes até 2x ao dia (56,5%), e não faz uso regular de serviço (77,8%). Quanto as variáveis do escore de comportamento de saúde bucal materno, a maioria das mães faz uso regular de serviço (56,5%), escova os dentes mais de 2x ao dia (75,2%) e recebeu orientação de prevenção (77,0%).

A prevalência de cárie dentária foi de 36,9%. As variáveis que apresentaram diferenças estatísticas significativas com cárie dentária do adolescente foram a cor da pele da mãe ($p = 0,027$), escolaridade materna ($p = 0,012$), escore do comportamento do adolescente ($p < 0,001$), número de escovações diárias do adolescente ($p < 0,001$) e uso regular de serviço da mãe ($p = 0,008$) (Tabela 1).

Os comportamentos de saúde bucal da mãe e o senso de coerência não mediaram a relação entre os comportamentos de saúde bucal dos adolescentes e cárie dentária considerando a análise dos efeitos diretos, indiretos e totais. Ao analisar o senso de coerência mediando os comportamentos de saúde bucal do adolescente e cárie dentária do adolescente foi observado um efeito direto ($\beta = 0,106$), Indireto ($\beta = 0,006$) e um efeito total de ($\beta = 0,056$) ($p > 0,05$). Para os comportamentos de saúde bucal da mãe mediando os comportamentos de saúde bucal do adolescente e cárie dentária do adolescente foi observado um efeito direto ($\beta = 0,03$), Indireto ($\beta = 0,02$) e um efeito total de ($\beta = 0,01$) ($p > 0,05$) (dados não apresentados em tabelas).

A análise de regressão de Poisson bruta mostrou que os adolescentes que possuíam escore mais alto (pior de comportamento) tinham 68% maior probabilidade de ter cárie dentária que aqueles tinham melhor escore de comportamento de saúde bucal (RP:1,68, IC 95%: 1,31-2,17 $p<0,001$). Quando a relação foi ajustada para os aspectos sociodemográficos (bloco 1), a probabilidade para cárie dentária seguiu maior para os adolescentes que tinham pior escore de comportamento quando comparado com que tinham melhor comportamento de saúde bucal (RP: 1,62 IC 95%: 1,24-2,11; $p<0,001$). Este efeito permaneceu quando o modelo foi ajustado para aspectos sociodemográficos (bloco 1) e psicossocial (senso de coerência) (bloco 2). (RP: 1,62, IC 95%: 1,24-2,12; $p<0,001$). Finalmente, após ajuste para fatores sociodemográficos, psicossocial da mãe (senso de coerência) e comportamentos de saúde bucal da mãe, a probabilidade de ter cárie dentária foi 62% maior para adolescentes que tinham o pior escore de comportamento de saúde bucal comparado com aqueles que tinham melhor comportamento de saúde bucal (RP: 1,62, IC95%: 1,23-2,12; $p<0.001$) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

No presente estudo foi observado que os adolescentes com piores escores de comportamentos de saúde bucal tinham mais cárie dentária quando comparados com os adolescentes com os melhores escores de comportamento de saúde bucal. Não foi observado mediação entre os comportamentos de saúde bucal e cárie dentária do adolescente pelas variáveis relacionadas à mãe, comportamentos de saúde bucal e senso de coerência. Para conhecimento dos autores este é o primeiro estudo que avaliou se comportamentos de saúde bucal mãe e o senso de coerência materno influenciam a cárie dentária dos filhos adolescentes.

No Brasil, segundo dados do último levantamento Nacional de Saúde Bucal¹², a prevalência de cárie foi de 56,5%. No presente estudo foi observada uma prevalência de 39,6%. Cabe ressaltar que os adolescentes que fazem parte do presente estudo se encontram na região Sul do Brasil que apresentam melhores indicadores de saúde bucal. Em virtude da desigualdade social no Brasil, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em todos os levantamentos nacionais, são as que apresentam maior carga da doença²⁰. Os autores acreditam ser este o motivo para diferença observada na prevalência do presente estudo quando comparado com os adolescentes do Brasil aos 12 anos.

Não houve mediação entre os comportamentos de saúde bucal adolescente e cárie dentária do adolescente pelos comportamentos de saúde bucal materno e o fator psicossocial, o senso de coerência, da mãe. A adolescência constitui o fim da influência familiar direta sobre

a vida do adolescente, com maior influência dos parceiros/amigos, amadurecimento, privacidade, autonomia, responsabilidade e independência, que podem ter reflexos no cuidar da sua saúde²⁴. Representa um período de frequentes mudanças emocionais, desenvolvimento cognitivo e a maior consciência de si - construindo aspectos de sua identidade²⁸. O impacto parental diminui e os pais podem perder totalmente o controle sobre os hábitos alimentares do adolescente e medidas de higiene bucal, além de fatores psicossociais e comportamentais não serem mais preditores de consequência na saúde bucal nos adolescentes²⁹.

O fator psicossocial materno avaliado no presente estudo, foi o senso de coerência. Ele consiste na habilidade dos indivíduos em lidar com a presença de estressores em suas rotinas diárias³⁰. Quanto maior a pontuação, mais forte é o SOC^{31,32}. Pessoas com SOC mais alto, têm um comando mais equilibrado de suas vidas e são capazes de lidar com circunstâncias adversas com mais sucesso³¹. No entanto, pouco se conhece sobre essa relação psicossocial das mães e os indicadores de saúde bucal de seus filhos, principalmente em uma idade de transição entre a infância e adolescência, como os 12 anos³³. O que se tem atualmente é que mães com elevado senso de coerência podem ter maior adesão e engajamento às medidas preventivas, fato esse que pode espelhar na saúde bucal dos seus filhos³⁰. Porém, no presente estudo, o SOC da mãe não mostrou associação com a saúde bucal do adolescente como observado em estudos relacionando a saúde bucal avaliando a dentição decídua^{33,34,35,36}. Os autores acreditam que tanto os comportamentos de saúde da mãe quanto o senso de coerência não se mostraram associados a cárie dentária dos filhos, pelos fatores relacionados ao período da adolescência.

Todo estudo apresenta fortalezas e limitações. Uma limitação do estudo é a análise transversal que não permite inferir causalidade entre as variáveis avaliadas. As fortalezas do estudo estão relacionadas ao fato de ter analisado dados pertencentes a um estudo de coorte com boa qualidade metodológica e alta taxa de resposta e principalmente as novas evidências sobre o papel dos pais na saúde bucal dos filhos adolescentes.

CONCLUSÃO

Os comportamentos de saúde bucal e fator psicossocial da mãe, o senso de coerência, não influenciaram na cárie dentária dos seus filhos adolescentes aos 12 anos, mas sim os comportamentos relacionados à saúde bucal do próprio adolescente. Deste modo, é importante implementar dentro das políticas de saúde bucal medidas de prevenção e promoção de saúde bucal para essa faixa etária, que começa a criar sua própria identidade e hábitos, para que reduza

a prevalência da doença cárie e das outras doenças bucais, que tem um impacto importante na qualidade de vida do adolescente e da própria família.

REFERÊNCIAS

1. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-2478. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1
2. Quan JK, Wang XZ, Sun XY, et al. Permanent Teeth Caries Status of 12- to 15-year-olds in China: Findings from the 4th National Oral Health Survey. *Chin J Dent Res*. 2018;21(3):181-193. doi:10.3290/j.cjdr.a41080
3. Martins MT, Sardenberg F, Bendo CB, et al. Dental caries remains as the main oral condition with the greatest impact on children's quality of life. *PLoS One*. 2017;12(10). doi:10.1371/journal.pone.0185365
4. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*. 2012;380(9859):2163-2196. doi:10.1016/S0140-6736(12)61729-2
5. Obregón-Rodríguez N, Fernández-Riveiro P, Piñeiro-Lamas M, Smyth-Chamosa E, Montes-Martínez A, Suárez-Cunqueiro MM. Prevalence and caries-related risk factors in schoolchildren of 12- and 15-year-old: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):120. doi:10.1186/s12903-019-0806-5
6. Hu J, Jiang W, Lin X, et al. Dental caries status and caries risk factors in students ages 12–14 years in Zhejiang, China. *Med Sci Monit*. 2018;24:3670-3678. doi:10.12659/MSM.907325
7. Wright JT. The Burden and Management of Dental Caries in Older Children. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(5):955-963. doi:10.1016/j.pcl.2018.05.005
8. Kumar S, Tadakamadla J, Kroon J, Johnson NW. Impact of parent-related factors on dental caries in the permanent dentition of 6-12-year-old children: A systematic review. *J Dent*. 2016;46:1-11. doi:10.1016/j.jdent.2015.12.007
9. Lage CF, Fulgencio LB, Corrêa-Faria P, Serra-Negra JM, Paiva SM, Pordeus IA. Association between dental caries experience and sense of coherence among adolescents and mothers. *Int J Paediatr Dent*. 2017;27(5):412-419. doi:10.1111/ipd.12275
10. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*. 2007;369(9555):51-59. doi:10.1016/S0140-6736(07)60031-2

11. WHO | Oral health surveys: basic methods - 5th edition. WHO. 2018. http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/. Accessed August 27, 2020.
12. Saúde M da. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais*.; 2011.
13. Obregón-Rodríguez N, Fernández-Riveiro P, Piñeiro-Lamas M, Smyth-Chamosa E, Montes-Martínez A, Suárez-Cunqueiro MM. Prevalence and caries-related risk factors in schoolchildren of 12- and 15-year-old: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):120. doi:10.1186/s12903-019-0806-5
14. Country Areas - Oral Health Country/Area Profile Project. <https://capp.mau.se/country-areas/>. Accessed November 24, 2020.
15. Fernandes IB, Costa DC, Coelho VS, Sá-Pinto AC, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML. Association between sense of coherence and oral health-related quality of life among toddlers. *Community Dent Health*. 2017;34(1):37-40. doi:10.1922/CDH_3960Fernandes04
16. Hardaway CR, McLoyd VC, Wood D. Exposure to violence and socioemotional adjustment in low-income youth: an examination of protective factors. *Am J Community Psychol*. 2012;49(1-2):112-126. doi:10.1007/s10464-011-9440-3
17. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2018;2(3):223-228. doi:10.1016/S2352-4642(18)30022-1
18. El Tantawi M, Bakhurji E, Al-Ansari A, Al-Khalifa KS, AlSubaie A. Influences of parents, close friends and classmates on four co-existing oral health practices in Saudi male adolescents. *Acta Odontol Scand*. 2017;75(2):137-143. doi:10.1080/00016357.2016.1269192
19. Bakhurji E, El Tantawi MM, Gaffar BO, Al-Khalifa KS, Al-Ansari AA. Carious lesions of permanent molars and oral health practices of parents and peers in Saudi male adolescents. *Saudi Med J*. 2017;38(7):748-754. doi:10.15537/smj.2017.7.17601
20. Costa S de M, Abreu MHNG de, Vasconcelos M, Lima R de CGS, Verdi M, Ferreira EF e. Desigualdades na distribuição na cárie dentária no Brasil: uma abordagem biográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:461-470. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200017&nrm=iso.
21. Ayele FA, Taye BW, Ayele TA, Gelaye KA. Predictors of Dental caries among children 7-14 years old in Northwest Ethiopia: A community based cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2013;13(1):7. doi:10.1186/1472-6831-13-7

22. Borges TS, Schwanke NL, Reuter CP, Neto LK, Burgos MS. Factors associated with caries: a survey of students from southern Brazil. *Rev Paul Pediatr (English Ed)*. 2016;34(4):489-494. doi:10.1016/j.rppede.2016.02.013
23. Ravera E, Sanchez GA, Squassi AF, Bordoni N. Relationship between dental status and family, school and socioeconomic level. *Acta Odontol Latinoam*. 2012;25(1):140-149.
24. Ortiz AS, Tomazoni F, Knorst JK, Ardenghi TM. Influence of socioeconomic inequalities on levels of dental caries in adolescents: A cohort study. *Int J Paediatr Dent*. 2020;30(1):42-49. doi:10.1111/ipd.12572
25. Reda SM, Krois J, Reda SF, Thomson WM, Schwendicke F. The impact of demographic, health-related and social factors on dental services utilization: Systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2018;75:1-6. doi:10.1016/j.jdent.2018.04.010
26. Mafuvadze BT, Mahachi L, Mafuvadze B. Dental caries and oral health practice among 12 year old school children from low socio-economic status background in Zimbabwe. *Pan Afr Med J*. 2013;14:164. doi:10.11604/pamj.2013.14.164.2399
27. Nunes VH, Perosa GB. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. *Cien Saude Colet*. 2017;22(1):191-200. doi:10.1590/1413-81232017221.13582015
28. Faria APS, Ponciano ELT. Conquistas e fracassos: os pais como base segura para a experiência emocional na adolescência. *Pensando Fam*. 2018;22:87-103. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000100008&nrm=iso.
29. Abbass MMS, Mahmoud SA, El Moshy S, et al. The prevalence of dental caries among egyptian children and adolescences and its association with age, socioeconomic status, dietary habits and other risk factors. A cross-sectional study [version 1; referees: 1 approved, 2 approved with reservations]. *F1000Research*. 2019;8. doi:10.12688/f1000research.17047.1
30. Lotto M, Strieder AP, Ayala Aguirre PE, et al. Parental perspectives on early childhood caries: A qualitative study. *Int J Paediatr Dent*. 2020;30(4):451-458. doi:10.1111/ipd.12622
31. Antonovsky A. *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass; 1982. <https://books.google.com.br/books?id=wyawvwEACAAJ>.
32. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*. 1993;36(6):725-733. doi:10.1016/0277-9536(93)90033-Z

33. Bonanato K, Paiva SM, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Barbabela D, Allison PJ. Relationship between mothers' sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries Res.* 2009;43(2):103-109. doi:10.1159/000209342
34. da Silva AN, da Silva CMFP, Vettore MV. Are resilience and maternal sense of coherence associated with gingival status in adolescents from low-income families? *Int J Paediatr Dent.* 2014;24(6):450-459. doi:10.1111/ipd.12093
35. Qiu RM, Wong MCM, Lo ECM, Lin HC. Relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's sense of coherence. *BMC Public Health.* 2013;13:239. doi:10.1186/1471-2458-13-239
36. Sá-Pinto AC, Silveira-Coelho V, Fernandes IB, Menezes-Silva R, Ramos-Jorge ML. Relationship Between Mother's Sense of Coherence and Oral Health of Babies aged 6-36 Months: A Pilot Study. *Pesqui bras odontopediatria clín integr.* 2016:185-193. <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/2866/pdf>. Accessed November 24, 2020.

Tabela 1 – Análise de proporções entre as variáveis de interesse e cárie dentária aos 12 anos dos adolescentes da Coorte de Nascimentos de Pelotas, Pelotas, 2020. (N=996)

VARIÁVEIS	n	%	Cárie Dentária (%)	IC95%	p
Cor da Pele da Mãe*					0,027
Branca e outras	637	64,1	34,2	30,6-38,0	
Preta e parda	357	35,9	41,3	36,3-46,5	
Número de filhos*					0,138
Um	292	30,0	34,9	29,6-40,6	
Dois ou três	574	59,1	35,8	31,9-39,8	
Mais de três	106	10,9	45,3	35,9-55,0	
Escolaridade da Mãe*					0,012
Até 4	108	11,2	43,9	34,7-53,6	
5 – 8	314	32,4	41,0	35,7-46,6	
9 – 12	359	37,1	34,5	29,8-39,6	
> 12	187	19,3	28,5	22,4-35,5	
Senso de Coerência Materno (em quartis)					0,818
1º quartil	257	25,8	38,1	32,4-44,3	
2º quartil	262	26,3	36,0	31,1-42,1	
3º quartil	261	26,2	34,9	29,3-40,9	
4º quartil	218	21,8	38,4	32,1-45,1	
Escore de Comportamento de Saúde Bucal do adolescente*					<0,001
Consumo de doce entre as refeições					0,100
Nunca ou menos de uma vez ao dia	247	24,9	32,4	26,8-38,4	
Mais de uma vez ao dia	746	75,13	38,2	34,7-41,7	
Número de escovações					<0,001
Mais de duas escovações	431	43,5	30,2	26,0-34,7	
Até 2 escovações	560	56,5	41,8	37,8-45,9	
Uso regular de serviço					0,071
Sim	222	22,2	31,7	25,8-38,1	
Não	778	77,8	38,3	34,9-41,8	

Escore de Comportamento de Saúde Bucal Materno*						0,851
Recebeu orientações de prevenção						0,325
Sim	764	77,0	36,22	32,8-39,7		
Não	228	23,0	39,82	33,6-46,3		
Número de escovações						0,054
Mais de duas escovações	733	75,2	35,0	31,6-38,5		
Até 2 escovações	242	24,8	41,9	35,8-48,2		
Uso regular de serviço						0,008
Sim	222	22,2	40,4	36,4-44,5		
Não	778	77,8	32,3	28,0-36,2		

* Variáveis com missings

Tabela 2 - Análise bruta e ajustada de regressão de Poisson entre escore de comportamento de saúde bucal do adolescente em relação à cárie dentária aos 12 anos dos adolescentes da Coorte de Nascimento de Pelotas, Pelotas, 2020. (N=996)

Variável	Análise bruta			Bloco 1			Bloco 2			Bloco 3		
	RP	IC95%	valor p	RP	IC95%	valor p	RP	IC95%	valor p	RP	IC95%	valor p
Escore de comportamento dos adolescentes			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001
1	1			1			1					
2	1,40	1,09-1,81		1,36	1,04-1,77		1,35	1,04-1,77		1,36	1,03-1,78	
3	1,68	1,31-2,17		1,62	1,24-2,11		1,62	1,24-2,12		1,62	1,23-2,12	

Bloco 1 – Ajustadas entre elas e variáveis aspectos sociodemográficos mães **Bloco 2** – Ajustadas para as variáveis do bloco 1 e Senso de coerência materno
Bloco 3 – Ajustadas para as variáveis do bloco 2 e Comportamentos da mãe em relação a saúde bucal

6. NOTA A IMPRENSA

Fatores que influenciam a cárie dentária dos adolescentes aos 12 e 13 anos pertencentes a coorte de nascimentos da cidade de Pelotas- RS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é o período que corresponde entre os 10 e 19 anos. Das doenças bucais da adolescência, a cárie dentária é a que traz maior impacto para a qualidade de vida desta população.

A cárie dentária é uma doença crônica, muito frequente na população de todo o mundo, considerada um problema de saúde pública. Se não tratada pode causar dor intensa e quadros de infecção. Os fatores que influenciam no aparecimento cárie são comportamentais, tais como hábitos alimentares e de higiene bucal, o uso de flúor e a utilização e acesso aos serviços de saúde. Também influenciam no aparecimento da doença, aspectos sociais, como escolaridade e renda e os fatores psicológicos.

A idade dos 12 anos é um momento importante para a avaliação da saúde bucal na adolescência, pois além de ser o estágio final de nascimento dos dentes permanentes, há também um fácil acesso a essa população na escola. Durante a infância, as mães influenciam o ambiente em que a criança se desenvolve. Porém, já na adolescência, o adolescente começa a tomar decisões sozinho, com mais autonomia.

O objetivo dessa pesquisa foi descrever a prevalência da cárie dentária e verificar se os comportamentos de saúde bucal da mãe, o fator psicossocial materno e os comportamentos de saúde bucal do adolescente influenciam na cárie na adolescência.

Essa pesquisa foi realizada com adolescentes de 12 e 13 anos residentes da cidade de Pelotas, integrantes da Coorte de Nascimento de Pelotas de 2004. Os resultados mostraram que a prevalência de cárie dentária foi de 36,9%, menor que a prevalência encontrada quando avaliado os adolescentes brasileiros em 2010 de 56,5%. O estudo apontou que os comportamentos relacionados à saúde bucal da mãe do adolescente estavam relacionados com a pior situação de renda. Indivíduos com piores condições socioeconômicas estão mais expostos a diversos fatores que influenciam negativamente sua saúde bucal, tais como a maior dificuldade de acessar os serviços odontológicos, menor conhecimento da necessidade de consultas odontológicas de rotina e maior consumo de uma dieta rica em açúcar.

Não foi observado no estudo, a influência dos fatores relacionados à mãe com a cárie dentária do adolescente. Os resultados do estudo apontam que são os fatores relacionados

aos comportamentos de saúde bucal dos próprios adolescentes que influenciam na cárie dentária dos mesmos.

O estudo é resultado da dissertação de mestrado da aluna Júlia Freire Danigno, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, sob a orientação do Professor Dr. Alexandre Emidio Ribeiro Silva.

Para a autora, os resultados do estudo são muito importantes, pois os comportamentos de saúde bucal da mãe e fator psicossocial materno não influenciaram na cárie dentária dos seus filhos adolescentes aos 12 e 13 anos, mas sim, foram os comportamentos relacionados à saúde bucal do próprio adolescente. Deste modo, é necessário implementar dentro das políticas de saúde bucal, medidas de prevenção e promoção de saúde bucal para essa faixa etária, que começa a criar sua própria identidade e hábitos, com o propósito de reduzir a prevalência da doença cárie e das outras doenças bucais, que afetam a qualidade de vida do adolescente e da sua família.

7. ANEXOS

ANEXO 1 - Comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de saúde bucal aos 12 anos de idade na Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004

Pesquisador: Aluisio Jardim Dornellas de Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62203116.7.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.841.984

Apresentação do Projeto:

O presente projeto propõe-se a realizar o segundo acompanhamento de saúde bucal na Coorte de Nascimentos de 2004, no ano de 2017, momento em que os participantes estarão com 12 anos de idade. Essa é a idade índice recomendada pela Organização Mundial da Saúde para estudos epidemiológicos. Os adolescentes serão examinados para avaliação de cárie dentária, problemas oclusais, lesões de tecido mole, traumatismos dentários e padrão de higiene bucal (sangramento, placa dental e cálculo dental). Por meio de um questionário estruturado, serão coletadas informações sobre comportamentos relacionados a saúde bucal, fatores psicossociais, acesso e utilização de serviços odontológicos e qualidade de vida relacionada a saúde bucal. As entrevistas serão realizadas com o responsável principal do adolescente. As informações pré e perinatais, de desenvolvimento infantil, características demográficas e socioeconômicas, serão obtidas a partir dos acompanhamentos anteriores da Coorte de 2004. O trabalho de campo será realizado por uma equipe de dentistas e anotadores, com supervisão dos investigadores. Para divulgação dos resultados, prevê-se apresentações em reuniões e eventos científicos nacionais e internacionais, relatórios técnicos para agências financiadoras e órgãos gestores e de políticas de saúde, artigos científicos em revistas de livre acesso e divulgação para gestores locais e nacionais.

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.841.984

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a relação entre eventos precoces e contemporâneos ao longo do ciclo vital e a ocorrência de agravos bucais, no momento em que as crianças integrantes da Coorte de Nascimentos de 2004 completam 12 anos de idade.

Objetivo Secundário:

1. Investigar se os agravos na dentição decidua (aos 5 anos de idade) são preditores dos agravos na dentição permanente (aos 12 anos de idade);
2. Avaliar a relação entre as condições pré e perinatais, como a idade gestacional, peso ao nascer, tipo de parto e atenção ao parto e ao recém nascido e os agravos e doenças bucais;
3. Estudar associação entre características e desfechos do início da vida como crescimento, amamentação, desenvolvimento e infecções e os desfechos em saúde bucal;
4. Avaliar o padrão de acesso e utilização de serviços odontológicos ao longo da vida e sua relação com os desfechos em saúde bucal;
5. Avaliar o papel mediador de fatores psicossociais e comportamentais na associação entre condição socioeconômica e saúde bucal;
6. Investigar se existe associação entre um escore de conhecimentos, atitudes, práticas e cárie dentária aos 12 anos de idade;
7. Estudar desigualdades em saúde bucal em relação a grupos sociais e étnicos;
8. Comparar o padrão de agravos à saúde bucal aos 12 anos de idade entre as coortes de nascimento de Pelotas de 1993 e 2004.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos referentes a possível desconforto durante exame bucal.

Benefícios:

Pretende-se com este estudo identificar determinantes relevantes dos agravos bucais no ciclo vital e avaliar a transição epidemiológica da saúde bucal infantil. A partir da divulgação de seus resultados, espera-se contribuir com a elaboração e aprimoramento de políticas públicas e de intervenções voltados para a melhoria da saúde bucal da população brasileira.

Os adolescentes com necessidade de tratamento serão encaminhados à Unidade Básica de Saúde mais próxima.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é muito relevante para o conhecimento da saúde bucal dos adolescentes da coorte de

Endereço: Rua Prof Araújo, 455 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-360
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4900 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.lamed@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.841.984

2004, servindo de base para diversos artigos sobre a saúde bucal dos adolescentes em nível nacional e internacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto adequado.

TCLE adequado.

Informações básicas do projeto adequadas.

Recomendações:

Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_815056.pdf	27/10/2016 16:23:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_acle.docx	27/10/2016 16:23:39	ANDREIA MORALES CASCAES	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	27/10/2016 16:17:18	ANDREIA MORALES CASCAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Coorte_2004_SB.pdf	27/10/2016 16:15:52	ANDREIA MORALES CASCAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO 2 - Questionário

	Universidade Federal de Pelotas Centro de Pesquisas Epidemiológicas Coortes de Nascimentos de 2004 Avaliação Saúde Bucal - 2017	
<p> “Sr(a) <NOME DA MAE/PAI ou RESPONSÁVEL>, estamos trabalhando no estudo sobre saúde das crianças nascidas em 2004 em Pelotas, realizado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPel. <NOME DO ADOLESCENTE> faz parte desse estudo desde seu nascimento. Ele (a) já foi visitado(a) outras vezes, e agora estamos fazendo uma pesquisa sobre a saúde bucal dos adolescentes. Nós gostaríamos de fazer umas perguntas sobre coisas relacionadas à saúde bucal do(a) <NOME DO ADOLESCENTE> e à sua saúde bucal. Queremos também examinar os dentes e a boca dele(a). Parte importante do questionário será direcionada ao (a) <NOME DO ADOLESCENTE>. Este questionário não possui respostas certas ou erradas e é muito importante para o estudo que o Sr(a) e o(a) <NOME DO ADOLESCENTE> respondam da maneira mais exata possível. As informações prestadas são de caráter sigiloso e os nomes não serão associados com qualquer uma das respostas. Podemos conversar?” <i>Se a resposta for afirmativa, dar o consentimento para o responsável e o assentimento para a criança assinar.</i> </p>		

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
1. Número de identificação do adolescente	_____ [BI01]
2. Nome da entrevistadora:	_____ [BI01]
3. Data e horário de início da entrevista	____/____/____ [BI02] ____:____ [BI03]
4. Quem responde a entrevista?	_____ [BI04]
Outro: _____ (1) Mãe biológica (2) Pai biológico (3) Mãe adotiva (4) Avó (5) Outro (6) Mãe biológica + outro	
5. O (A) <NOME DO ADOLESCENTE>, frequenta a escola?	_____ [BI05]
Se (0) <input type="checkbox"/> pule para a questão 8 (0) Não (1) Sim (9) IGN	

6. Que ano ou turma ele(a) está cursando? Ex: 5ª série ou 5º ano.	[BI06]
7. Qual o nome da escola que ele (a) frequenta?	[BI07]
BLOCO B – USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	
<i>A seguir faremos algumas perguntas sobre o uso de serviços odontológicos do(a) adolescente</i>	

8. Alguma vez na vida o (a) < ADOLESCENTE > consultou com um dentista? Se (1) <input type="checkbox"/> pule para a questão 10 Se (9) <input type="checkbox"/> pule para a questão 15	[US01] (0) Não (1) Sim (9) Não sei
9. Qual o principal motivo do (a) < ADOLESCENTE > nunca ter consultado? Pular para a questão 15	[US02] (1) não precisou (2) Não tinha dinheiro para pagar (3) Não consegui marcar uma consulta no posto (4) outro _____ [US02_outra] (8) NSA (9) Não sei
10. Quando foi a última vez que o (a) < ADOLESCENTE > consultou com um dentista?	[US03] (1) Há menos de um ano (2) Entre 1 ano e ≤ 2 anos (3) Entre 2 e ≤ 3 anos (4) Há mais de 3 anos (8) NSA (9) Não sei
11. Em qual local o (a) < ADOLESCENTE > foi atendido?	[US04] (1) Posto de saúde (2) Consultório particular/convênio (3) Faculdade de odontologia (4) Outro _____ [US04_outra] (88) NSA (99) Não sei
12. O motivo desta procura foi por estar com algum problema ou para fazer uma revisão/checkup? Se 2, 8 ou 9 ir para a questão 15	[US05] (1) problema (2) Consulta de revisão/checkup (8) NSA (9) Não sei

<p>13. Qual era o principal problema que precisava resolver?</p>	<p>[US06]</p> <p>(1) Dor (2) cárie (3) dente quebrou (4) machucado na gengiva (5) Outro _____ [US06_outro] (88) NSA (99) Não sei</p>																																																																		
<p>14. O que foi feito nesta consulta?</p> <table border="1" data-bbox="392 813 1257 1106"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sim</th> <th>Não</th> <th>NSA</th> <th>Não sei</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Um exame clínico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>[US07a]</td> </tr> <tr> <td>Aplicação tópica de flúor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>[US07b]</td> </tr> <tr> <td>Restauração/obturação</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>[US07c]</td> </tr> <tr> <td>Tratamento de canal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>[US07d]</td> </tr> <tr> <td>Limpeza</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>[US07e]</td> </tr> <tr> <td>Clareamento nos dentes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>[US07f]</td> </tr> <tr> <td>Fez um curativo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>[US07g]</td> </tr> <tr> <td>Passou uma medicação</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>[US07h]</td> </tr> <tr> <td>Extraiu um dente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>[US07i]</td> </tr> <tr> <td>Outro _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>[US07_outro]</td> </tr> </tbody> </table> <p>[US07]</p>			Sim	Não	NSA	Não sei		Um exame clínico					[US07a]	Aplicação tópica de flúor					[US07b]	Restauração/obturação					[US07c]	Tratamento de canal					[US07d]	Limpeza					[US07e]	Clareamento nos dentes					[US07f]	Fez um curativo					[US07g]	Passou uma medicação					[US07h]	Extraiu um dente					[US07i]	Outro _____					[US07_outro]
	Sim	Não	NSA	Não sei																																																															
Um exame clínico					[US07a]																																																														
Aplicação tópica de flúor					[US07b]																																																														
Restauração/obturação					[US07c]																																																														
Tratamento de canal					[US07d]																																																														
Limpeza					[US07e]																																																														
Clareamento nos dentes					[US07f]																																																														
Fez um curativo					[US07g]																																																														
Passou uma medicação					[US07h]																																																														
Extraiu um dente					[US07i]																																																														
Outro _____					[US07_outro]																																																														
<p>15. O (a) Sr(a) acha que o (a) <adolescente> atualmente necessita ir ao dentista?</p> <p>Se (0) <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 18</i></p> <p>Se (2) <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 19</i></p> <p>Se (9) <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 19</i></p>	<p>[US08]</p> <p>(0) Não (1) Sim (2) Já está em tratamento (9) Não sei</p>																																																																		
<p>16. Necessita ir ao dentista por estar com algum problema ou para fazer uma revisão/checkup?</p> <p>Se (2), (8) ou (9) <input type="checkbox"/> <i>pule para a questão 19</i></p>	<p>[US09]</p> <p>(1) problema (2) Consulta de revisão/checkup (8) NSA (9) Não sei</p>																																																																		
<p>17. Qual é o principal problema que necessita resolver?</p> <p><i>Após essa pergunta pule para 19</i></p>	<p>[US10]</p> <p>(1) Dor (2) cárie (3) dente quebrou (4) machucado na gengiva (5) Outro _____ [US10_outro] (8) NSA (9) Não sei</p>																																																																		

<p>18. Não precisa ir a uma consulta com o dentista por qual motivo?</p>	<p style="text-align: right;">[US11]</p> <p>(1) Por que está tudo bem com seus dentes (2) Embora ele(a) tenha algum problema, isso pode esperar (3) Outro _____ [US11_outra] (88) NSA (99) Não sei</p>
<p>19. Alguma vez o (a) Sr(a) recebeu orientação de como evitar que o(a) < adolescente > tenha cárie? <i>Se (0) ou (9) <input type="checkbox"/> pule para a questão 21</i></p>	<p style="text-align: right;">[US12]</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei</p>
<p>20. Quem foi que o (a) orientou?</p> <p>(5) Outro _____ [US13_outra]</p> <p><i>Se a mãe responder mais de uma pessoa, perguntar de quem foi a primeira orientação recebida.</i></p>	<p style="text-align: right;">[US13]</p> <p>(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Dentista (4) Professor(a) (88) NSA (99) Não sei</p>

Agora queremos falar especificamente sobre consultas para colocar aparelhos nos dentes.							
21. O (a) < ADOLESCENTE > já consultou com algum dentista sobre o uso de aparelhos nos dentes (tratamento ortodôntico)? <i>Se (0) ou (9) → pular para a 24</i>							[US14]
		(0) Não (1) Sim (9) Não sei					
22. Que tipo de tratamento o (a) < ADOLESCENTE > recebeu? <i>Se (8) ou (9) → pular para 24</i>							[US15]
		(1) Extrações (2) Aparelhos removíveis (3) Aparelhos fixos (4) Apenas consulta (5) outro _____ [US15_outra] (8) NSA (9) Não sei					
23. O tratamento foi completado?							[US16]
		(0) Não (1) Sim (2) NSA (9) Não sei					
24. O (a) Sr(a) sabem se adolescente bateu a boca e os dentes da frente quando tinha entre 1 e 6 anos de idade?							[US17]
		(0) Não (1) Sim (9) Não sei					
25. O (a) < ADOLESCENTE > já fez aplicação de flúor na escola? <i>Se (0) ou (9) → pular para 27</i>							[US18]
		(0) Não (1) Sim (9) Não sei					
26. Quantas vezes?							[US19]
		_____ (88) NSA (99) Não sei					
27. O (a) < ADOLESCENTE > já fez aplicação de flúor no consultório do dentista? <i>Se (0) ou (9) → pular para 29</i>							[US20]
		(0) Não (1) Sim (9) Não sei					
28. Quantas vezes?							[US21]
		_____ (88) NSA (99) Não sei					
29. Quanto de toda água que teu filho (a) bebe vem da torneira, incluindo a água para o preparo de chás, ou sucos? <i>Mostrar a escala para a mãe</i>							
Idade							
Nascimento aos 12 meses	(0) Quase nada	(1) Menos da metade	(2) Metade	(3) Mais da metade	(4) Quase toda	(9) IGN	[CA22a]
1-4 anos	(0) Quase nada	(1) Menos da metade	(2) Metade	(3) Mais da metade	(4) Quase toda	(9) IGN	[CA22b]
5-12 anos	(0) Quase nada	(1) Menos da metade	(2) Metade	(3) Mais da metade	(4) Quase toda	(9) IGN	[CA22c]

BLOCO C – BRUXISMO	
<i>A seguir faremos algumas perguntas sobre alguns dos hábitos do (a) adolescente</i>	
30. O(A) Sr(a) notou que o (a) < <i>ADOLESCENTE</i> > aperta ou range os dentes enquanto dorme?	[BB01]
	(0) Não (1) Sim (9) Não sei
31. O(A) Sr(a) notou que o (a) < <i>ADOLESCENTE</i> > faz sons com os dentes enquanto dorme?	[BB02]
	(0) Não (1) Sim (9) Não sei
32. O (a) < <i>ADOLESCENTE</i> > já relatou cansaço, dor ou desconforto nos músculos da mastigação pela manhã quando acorda?	[BB03]
	(0) Não (1) Sim (9) Não sei
BLOCO D – QUESTÕES DIRECIONADAS À MÃE SOBRE HIGIENE E USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICO	
<i>Agora vou lhe fazer umas perguntas relacionadas a sua saúde bucal (mãe)</i>	
33. Eu vou ler algumas frases e gostaria que a Sra. dissesse qual delas descreve melhor as suas consultas com o dentista: <i>Ler as alternativas</i>	[USM01]
	(1) Eu nunca vou ao dentista (2) Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva (3) Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não (4) Eu vou ao dentista de maneira regular
34. Que opção melhor descreve como a Sra. escova seus dentes? <i>Ler as alternativas</i> <i>Se (1) <input type="checkbox"/> pule para a questão 30</i> <i>Se (2) <input type="checkbox"/> pule para a questão 30</i>	[USM02]
	(1) Eu não escovo nunca (2) Eu escovo, mas não todo dia (3) Eu escovo sempre, pelo menos uma vez ao dia
35. Em geral, quantas vezes a Sra. escova seus dentes por dia?	[USM03]
	(1) Uma vez ao dia (2) Duas vezes ao dia (3) Três vezes ao dia ou mais (8) NSA (9) IGN
36. Comparando com as pessoas da tua idade, a Sra. considera a saúde dos seus dentes, da boca e das gengivas: <i>Ler as alternativas</i>	[USM04]
	(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Não sei

37. Lembrando-se dos seus dentes de cima, o(a) sr(a) já perdeu ou teve algum dente extraído?	<div style="text-align: right;">[USM05]</div> (1) Não (2) Sim, perdi ___ dentes (3) Sim, perdi todos os dentes
38. Lembrando-se dos seus dentes de baixo, o(a) sr(a) já perdeu ou teve algum dente extraído?	<div style="text-align: right;">[USM06]</div> (1) Não (2) Sim, perdi ___ dentes (3) Sim, perdi todos os dentes

BLOCO F – ESTRESSE PARENTAL

As questões a seguir falam sobre situações do dia a dia e do cuidado com os filhos. Eu vou ler algumas afirmativas e peço que o(a) Sr. (Sra.) me diga se (1) Concordo completamente (2) Concordo (3) Não tenho certeza (4) Discordo (5) Discordo completamente. Se nenhuma situação representa exatamente o que acontece, diga o que mais se aproxima.
MOSTRAR O CARTÃO DE RESPOSTAS E ESPERAR RESPONDER.

1. Eu tenho a sensação de que não consigo lidar muito bem com as coisas	1	2	3	4	5	[EP01]
2. Costumo desistir das minhas coisas para cuidar das necessidades do(a) <ADOLESCENTE> mais do que eu esperava	1	2	3	4	5	[EP02]
3. Sinto-me presa(o) às minhas responsabilidades de mãe(ou outro parentesco)	1	2	3	4	5	[EP03]
4. Desde que tive o(a) <ADOLESCENTE >, eu não consigo mais fazer coisas novas e diferentes	1	2	3	4	5	[EP04]
5. Sinto que quase nunca tenho tempo de fazer as coisas que eu gosto	1	2	3	4	5	[EP05]
6. Estou descontente com a última compra de roupa que fiz para mim	1	2	3	4	5	[EP06]
7. Há algumas coisas que me incomodam em minha vida	1	2	3	4	5	[EP07]
8. O(A) <ADOLESCENTE > tem causado mais problemas na minha relação com meu esposo(a)/companheiro(a) do que eu imaginava (ou amigos, se não for casado)	1	2	3	4	5	[EP08]
9. Eu me sinto só e sem amigos	1	2	3	4	5	[EP09]
10. Quando eu vou a uma festa, eu geralmente acho que não vou me divertir muito	1	2	3	4	5	[EP10]
11. Eu não me interessava mais pelas pessoas como antes	1	2	3	4	5	[EP11]
12. Eu não gosto das coisas como antes	1	2	3	4	5	[EP12]
13. O(A) <ADOLESCENTE > raramente faz coisas para mim que me deixam contente	1	2	3	4	5	[EP13]
14. Na maioria das vezes, eu sinto que o(a) <ADOLESCENTE > não gosta de mim ou não quer ficar perto de mim	1	2	3	4	5	[EP14]
15. O(A) <ADOLESCENTE > sorri para mim muito menos do que eu esperava	1	2	3	4	5	[EP15]
16. Quando faço alguma coisa para o(a) <ADOLESCENTE >, eu sinto que meus esforços não são reconhecidos por ele(a)	1	2	3	4	5	[EP16]
17. O(A) <ADOLESCENTE > não ri ou dá gargalhadas com frequência quando está brincando	1	2	3	4	5	[EP17]
18. O(A) <ADOLESCENTE > não parece aprender tão rápido quanto a maioria das crianças	1	2	3	4	5	[EP18]
19. O(A) <ADOLESCENTE > não sorri tanto quanto a maioria das crianças	1	2	3	4	5	[EP19]
20. O(A) <ADOLESCENTE > não é capaz de fazer as coisas quanto eu esperava	1	2	3	4	5	[EP20]
21. Demora muito e é muito difícil para o(a) <ADOLESCENTE > se acostumar a coisas novas	1	2	3	4	5	[EP21]
22. Eu me considero: 1. Uma mãe não muito boa (outro parentesco) 2. Alguém que tem dificuldade em ser mãe (outro parentesco) 3. Uma mãe mediana/razoável (outro parentesco) 4. Uma mãe mais do que mediana/razoável (outro parentesco) 5. Uma mãe muito boa (outro parentesco)	1	2	3	4	5	[EP22]
23. Eu esperava sentir mais carinho e mais afeto pelo(a) o(a) <ADOLESCENTE > do que sinto e isso me incomoda	1	2	3	4	5	[EP23]
24. Algumas vezes, o(a) <ADOLESCENTE > faz coisas só pra me chatear	1	2	3	4	5	[EP24]
25. O(A) <ADOLESCENTE > parece chorar ou fazer birra mais frequentemente que a maioria das crianças	1	2	3	4	5	[EP25]
26. O(A) <ADOLESCENTE > geralmente acorda de mau humor	1	2	3	4	5	[EP26]

27. Eu sinto que o(a) < ADOLESCENTE > é muito temperamental e fica chateado(a) facilmente	1	2	3	4	5	[EP27]
28. O(A) < ADOLESCENTE > faz algumas coisas que me incomodam muito	1	2	3	4	5	[EP28]
29. Quando acontece alguma coisa que o(a) < ADOLESCENTE > não gosta, ele(a) reage bastante	1	2	3	4	5	[EP29]
30. O(A) < ADOLESCENTE > fica chateado(a) facilmente com coisas muito pequenas	1	2	3	4	5	[EP30]
31. É difícil estabelecer horários para o(a) < ADOLESCENTE > comer e dormir	1	2	3	4	5	[EP31]
32. É difícil fazer o(a) < ADOLESCENTE > começar ou parar de fazer alguma coisa	1	2	3	4	5	[EP32]
33. Pense cuidadosamente e conte quantas coisas o(a) < ADOLESCENTE > faz que lhe aborrecem. Exemplos: mostra-se lento, não escuta quando você fala, reage de modo exagerado, chora, interrompe você, briga, faz muita manha, etc 1. 1 a 3 coisas 2. 4 a 5 coisas 3. 6 a 7 coisas 4. 8 a 9 coisas 5. 10 ou mais	1	2	3	4	5	[EP33]
34. Tem algumas coisas que o(a) < ADOLESCENTE > faz que me aborrecem muito	1	2	3	4	5	[EP34]
35. O(A) < ADOLESCENTE > passou a ser um problema maior do que eu esperava	1	2	3	4	5	[EP35]
36. O(A) < ADOLESCENTE > exige muito de mim	1	2	3	4	5	[EP36]

BLOCO E – Funcionalidade Familiar

Eu vou lhe fazer algumas perguntas com relação à sua família. As opções de resposta são (0) Nunca ou Quase nunca (1) Algumas vezes e (2) Sempre ou quase sempre. MOSTRAR O CARTÃO COM RESPOSTA.

Com que frequência, o(a) Sr. (Sra.)...?	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Sempre ou quase sempre	
1. Está satisfeito(a) com a ajuda que recebe da sua família quando o(a) Sr. (Sra.) tem um problema	0	1	2	[FF01]
2. Está satisfeito(a) pelo jeito que a sua família conversa sobre os problemas que vocês têm em casa	0	1	2	[FF02]
3. Acha que a sua família aceita a sua vontade de colocar em práticas novas atividades ou mudanças no seu estilo de vida	0	1	2	[FF03]
4. Está satisfeito(a) com o jeito que a sua família expressa afeto e como responde aos seus sentimentos, como raiva, tristeza e amor	0	1	2	[FF04]
5. Está satisfeito(a) com o jeito que passam o tempo juntos em família	0	1	2	[FF05]

BLOCO G – ESCALAS ESTILOS EDUCATIVOS

As questões a seguir falam sobre como os pais educam seus filhos. Pense no(a) <ADOLESCENTE> para responder. Eu vou ler algumas afirmativas e peço que o(a) Sr. (Sra.) me diga se ocorre (0) Nunca (1) Poucas vezes (2) Algumas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre. Se nenhuma situação representa exatamente o que acontece, diga o que mais se aproxima.

MOSTRAR O CARTÃO DE RESPOSTAS E ESPERAR A RESPOSTA

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
Quando meu filho(a) não faz o que peço, prefiro fazer eu mesmo a ficar insistindo	0	1	2	3	4	[EE01]
Na minha casa existem normas mínimas que devem ser cumpridas	0	1	2	3	4	[EE02]
Não permito que meu (minha) filho(a) questione o que mando	0	1	2	3	4	[EE03]
Na minha casa, todos participamos na hora de estabelecer as regras familiares	0	1	2	3	4	[EE04]
Costumo ameaçar meu(minha) filho(a) com castigos que depois não cumpro	0	1	2	3	4	[EE05]
Na minha casa, todos sabem quais são as consequências de não assumir suas responsabilidades	0	1	2	3	4	[EE06]
Quando surge um problema com meu filho(a), é feito o que eu determino	0	1	2	3	4	[EE07]
Se tenho um conflito com meu filho(a), procuro solucionar junto com ele(a)	0	1	2	3	4	[EE08]
Quando meu filho(a) e eu não estamos de acordo, deixo que ele(a) faça como quiser	0	1	2	3	4	[EE09]
Mantenho-me firme no castigo que meu filho (a) deve cumprir quando desobedece uma regra familiar	0	1	2	3	4	[EE10]
Na minha casa, sou eu quem põe as regras que meu filho (a) deve obedecer	0	1	2	3	4	[EE11]
Preocupo-me em saber o que meu filho faz quando está fora de casa	0	1	2	3	4	[EE12]

BLOCO H – SENSO DE COERÊNCIA

Agora lhe farei algumas perguntas sobre vários aspectos da sua vida. Cada pergunta tem sete opções de resposta, sendo os números 1 e 7 as respostas extremas. Vou lhe mostrar uma cópia das perguntas e respostas e o(a) Sr. (Sra.) acompanha comigo e responde qual das respostas indica melhor a sua maneira de pensar e sentir em relação ao que está sendo falado. Dê apenas uma resposta em cada pergunta.

01- O(A) Sr.(Sra.) tem a sensação de que **NÃO** se interessa realmente pelo que se passa ao seu redor?

1 Muito raramente ou nunca	2	3	4	5	6	7 Muito frequentemente	[SC01]
----------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------	--------

02- Muitas pessoas (mesmo a que têm personalidade forte) algumas vezes sentem-se fracassadas em certas situações. Com que frequência o(a) Sr.(Sra.) já se sentiu fracassado(a) no passado?

1 Muito raramente ou nunca	2	3	4	5	6	7 Muito frequentemente	[SC02]
----------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------	--------

03- O(A) Sr.(Sra.) tem a impressão de que tem sido tratado(a) com injustiça?

1 Muito Frequentemente	2	3	4	5	6	7 Muito raramente ou Nunca	[SC03]
------------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------------	--------

04- O(A) Sr.(Sra.) tem a sensação de que está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?

1 Muito frequentemente	2	3	4	5	6	7 Muito raramente ou Nunca	[SC04]
------------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------------	--------

05- O(A) Sr.(Sra.) tem ideias e sentimentos muito confusos?

1 Muito frequentemente	2	3	4	5	6	7 Muito raramente ou Nunca	[SC05]
------------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------------	--------

06- O(A) Sr.(Sra.) costuma ter sentimentos que gostaria de não ter?

1 Muito frequentemente	2	3	4	5	6	7 Muito raramente ou nunca	[SC06]
------------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------------	--------

07- Com que frequência o(a) Sr.(Sra.) tem a impressão de que existe pouco sentido nas coisas que o(a) Sr.(Sra.) faz na sua vida diária?

1 Muito Frequentemente	2	3	4	5	6	7 Muito raramente ou Nunca	[SC07]
------------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------------	--------

08- Com que frequência o(a) Sr.(Sra.) tem sentimentos que não tem certeza que pode controlar?

1 Muito frequentemente	2	3	4	5	6	7 Muito raramente ou nunca	[SC08]
------------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------------	--------

09- Já lhe aconteceu no passado de ter ficado surpreendido(a) pelo comportamento de pessoas que o(a) Sr.(Sra.) achava que conhecia bem?

1 Nunca aconteceu	2	3	4	5	6	7 Sempre aconteceu	[SC09]
-------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------	--------

10- Já lhe aconteceu ter ficado desapontado(a) com pessoas em quem o(a) Sr.(Sra.) confiava?

1 Nunca aconteceu	2	3	4	5	6	7 Sempre aconteceu	[SC10]
11- Até hoje a sua vida tem sido:							
1 Sem nenhum objetivo ou meta clara	2	3	4	5	6	7 Com objetivos e metas muito claros	[SC11]
12- Aquilo que o(a) Sr.(Sra.) faz diariamente é:							
1 Uma fonte de profundo sofrimento e aborrecimento	2	3	4	5	6	7 Uma fonte de prazer e satisfação	[SC12]
13- Quando alguma coisa acontece na sua vida, o(a) Sr.(Sra.) geralmente acaba achando que:							
1 Deu maior ou menor importância ao que aconteceu do que deveria ter dado	2	3	4	5	6	7 Avaliou corretamente a importância do que aconteceu	[SC13]

BLOCO I - HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL E USO DE FLUORETOS DO ADOLESCENTE

As questões a seguir devem ser respondidas pelo(a) adolescente

<p>1. Normalmente quantas vezes por dia tu escovas os teus dentes?</p> <p><i>Se 0 pular para a questão 10</i></p>	<p align="right">[HG01]</p> <p>(0) 0 (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais (9) Não sei</p>
<p>2. Quantos dias na semana tu escovas os teus dentes pelo menos duas vezes ao dia?</p>	<p align="right">[HG02]</p> <p>(0) nenhum dia (1) de 1 a 3 dias (2) de 4 a 6 dias (3) todos os dias (8) NSA (9) Não sei</p>
<p>3. Quantos dias na semana tu escovas os teus dentes antes de dormir à noite?</p>	<p align="right">[HB03]</p> <p>(0) nenhum dia (1) de 1 a 3 dias (2) de 4 a 6 dias (3) todos os dias (8) NSA (9) IGN</p>
<p>4. Tu usas pasta de dente?</p> <p><i>Se (0) pular para a questão 10</i></p> <p><i>Se (9) pular para a questão 10</i></p>	<p align="right">[HB04]</p> <p>(0) Não (1) Às vezes (2) Sempre (8) NSA (9) IGN</p>
<p>5. Que tipo de pasta tu usas?</p>	<p align="right">[HB05]</p> <p>(0) Pasta de dente de adulto (1) Pasta de dente infantil. Qual?</p> <p>_____</p> <p>(88) NSA (99) Não sabe</p>
<p>6. Tu poderias me apontar nesta foto qual a quantidade de pasta mais parecida que tu costumias usar? (<i>esperar a resposta e anotar</i>)</p>	<p align="right">[HB06]</p> <p>_____</p> <p>(8) NSA (9) Não sei</p>
<p>7. Após escovar os dentes tu:</p> <p><i>Ler as alternativas</i></p>	<p align="right">[HB07]</p> <p>(0) Apenas engole (1) Enxágua e engole (2) Enxágua e cospe (3) Apenas cospe (8) NSA (9) Não sei</p>

8. Tu usas fio dental?	<p style="text-align: right;">[HB08]</p> (0) Não (1) Sim (2) Às vezes (8) NSA (9) Não sei
------------------------	---

9. Tu usas ou usou líquidos para bochechos?	<p>(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre (8) NSA (9) Não sei</p>	[HB 09]
BLOCO J – HÁBITOS ALIMENTARES		
<p>10. Quantas vezes ao dia tu comes alimentos doces entre as refeições?</p> <p>Ex: bolachas recheadas, balas, pirulitos, chicletes, chocolates, etc</p> <p><i>Ler as alternativas</i></p>	<p>(0) nunca come (1) menos de uma vez ao dia (2) uma vez ao dia (3) duas vezes ao dia (4) três vezes ao dia ou mais (8) NSA (9) IGN</p>	[HA 01]
<p>11. Quantas vezes ao dia tu tomas bebidas doces como sucos adoçados ou refrigerantes entre as refeições?</p> <p><i>Ler as alternativas</i></p>	<p>(0) nunca toma (1) menos de uma vez ao dia (2) uma vez ao dia (3) duas vezes ao dia (4) três vezes ao dia ou mais (8) NSA (9) IGN</p>	[HA 02]
BLOCO L – PERCEPÇÃO RELACIONADA A SAÚDE BUCAL		
<i>As perguntas a seguir se referem ao estado da tua saúde bucal (adolescente).</i>		
12. Tu tens ou já tivestes cárie?	<p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei</p>	[SB0 1]
13. A tua gengiva costuma sangrar?	<p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei</p>	[SB0 2]
<p>14. Tu sentiste dor de dente nos últimos 6 meses? (Ex.: de <mês> até hoje)</p> <p><i>Se (0 ou 9) <input type="checkbox"/> pule para a questão 16</i></p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) Não sei</p>	[SB0 3]

15. O que foi feito para resolver a dor?	<p style="text-align: right;">[SB04]</p> (0) Tomou remédio sem receita (1) Foi ao dentista (2) Foi ao médico (3) Não fez nada, pois a dor passou (4) Outro _____ [SB04_outro] (8) NSA (9) Não sei
--	--

Ler para o adolescente:

Problemas com dentes, boca e maxilares (ossos da boca) e seus tratamentos podem afetar o bem-estar e a vida diária de todas as pessoas. Para cada uma das seguintes questões, por favor, escolha as opções de respostas que melhor descreve as suas experiências. Todas as respostas devem ser lidas

Julgamento global de saúde	
16. Você diria que a <u>saúde</u> de seus dentes, lábios, maxilares e boca é:	[SB01]
	(1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima
17. Em comparação com outras pessoas da tua idade, como tu avalias a saúde dos teus dentes?	[SB02]
	(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Regular (4) Boa (5) Muito boa
18. Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam sua <u>vida em geral</u> ?	[SB03]
	(1) De jeito nenhum (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO
Nos últimos 3 meses, com que frequência você teve?	
19. Dor nos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?	[SB04]
	(1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
20. Feridas na boca?	[SB05]
	(1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
21. Mau hálito?	[SB06]
	(1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
22. Restos de alimentos presos dentro ou entre os seus dentes?	[SB07]
	(1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias

Nos últimos 3 meses, por causa dos seus dentes, lábios, boca e maxilares com que frequência você:	
23. Demorou mais que os outros para terminar sua refeição?	[SB08]

	(1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
Nos últimos 3 meses, por causa dos seus dentes, lábios, boca e maxilares com que frequência você teve?	
24. Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou carne?	[SB09] (1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
25. Dificuldades para dizer algumas palavras?	[SB10] (1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
26. Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios?	[SB11] (1) Nunca (3) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
Você já experimentou esse sentimento por causa de seus <u>dentes, lábios, maxilares ou boca</u>? Se você se sentiu desta maneira por <u>outro motivo</u>, responda “nunca”.	
27. Ficou irritado (a) ou frustrado (a)?	[SB12] (1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
28. Ficou tímido (a), constrangido (a) ou com vergonha?	[SB13] (1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
29. Ficou chateado?	[SB14] (1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias

30. Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares?	[SB15]
	<ul style="list-style-type: none">(1) Nunca(2) Uma ou duas vezes(3) Algumas vezes(4) Frequentemente(5) Todos ou quase todos os dias

<p>Você já teve estas experiências por causa dos seus <u>dentes, lábios, maxilares ou boca?</u> Se for por outro motivo, responda “nunca”. Nos últimos 3 meses, com que frequência você:</p>	
31. Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outros adolescentes?	[SB16] (1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
32. Discutiu com outros adolescentes ou pessoas de sua família?	[SB17] (1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
33. Outros adolescentes lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos?	[SB18] (1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias
34. Outros adolescentes fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca?	[SB19] (1) Nunca (2) Uma ou duas vezes (3) Algumas vezes (4) Frequentemente (5) Todos ou quase todos os dias

ANEXO 3 – Ficha clínica de exame de saúde bucal

DATA		ENTREVISTADOR		NOME DA CRIANÇA		IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA					
HIGIENE BUCAL				SANGRAMENTO		OCCLUSOPATIAS					
Placa Dia: 10 11 20 30 31 40 L/P V		20 22 26 30 31 40		Devção sup inf Espaço interdental, contato parafuncional, prótese		Esque Amalgamada ao longo do arco Amalgamada ao longo do arco Amalgamada em Amalgamada em Amalgamada em					
Cárie Dia: 10 11 20 30 31 40 L/P V		TRAUMATISMO		FLUOROSE		Outro					
10 11 20 30 31 40 20 31 41 42		10 11 20 31 41		[]		Espaço interdental Espaço interdental Amalgamada Amalgamada					
EROSÃO				CÁRIE							
17-04 17-05 17-06 17-07 17-08 17-09				17 18 19/ 20 21 22 23 24 25 26 27							
DEBITO DE DESENVOLVIMENTO DE ESMALTE											
17 18 19 20 21 22 23				17 18 19/ 20 21 22 23 24 25 26 27							
17 18 19 20 21 22 23				17 18 19/ 20 21 22 23 24 25 26 27							
17 18 19 20 21 22 23				17 18 19/ 20 21 22 23 24 25 26 27							
17 18 19 20 21 22 23				17 18 19/ 20 21 22 23 24 25 26 27							

MATERIAL RESTAURADOR				QUALIDADE DA RESTAURAÇÃO				RAZÃO DA FALHA			
17 18 19 20 24 25 26 27				17 18 19 20 24 25 26 27				17 18 19 20 24 25 26 27			
D O M V F				D O M V F				D O M V F			
17 18 19 20 24 25 26 27				17 18 19 20 24 25 26 27				17 18 19 20 24 25 26 27			
D O M V F				D O M V F				D O M V F			