

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PATRICIA KOCHANY FELIPAK

**RELATO DE DOR E DESCONFORTO DE ORIGEM DENTÁRIA EM PRÉ-
ESCOLARES E PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS**

CURITIBA

2017

PATRICIA KOCHANY FELIPAK

**RELATO DE DOR E DESCONFORTO DE ORIGEM DENTÁRIA EM PRÉ-
ESCOLARES E PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. José Vitor Nogara Borges de Menezes

Coorientadora: Profa. Dra. Juliana Feltrin de Souza

CURITIBA

2017

Felipak, Patricia Kochany

Relato de dor e desconforto de origem dentária em pré-escolares e principais fatores associados / Patricia Kochany Felipak – Curitiba, 2017

106 f. : il. ; 30 cm

Orientador: Professor Dr. José Vitor Nogara Borges de Menezes

Coorientadora: Professora Dra. Juliana Feltrin de Souza

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Odontalgia. 2. Percepção da dor. 3. Cárie dentária. 4. Núcleo familiar. I. Menezes, José Vitor Nogara Borges de. II. Souza, Juliana Feltrin de. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 617.67

TERMO DE APROVAÇÃO

PATRICIA KOCHANY FELIPAK

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO**RELATO DE DOR E DESCONFORTO DE ORIGEM DENTÁRIA EM PRÉ-ESCOLARES E PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre no Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:

Orientador:



Prof. Dr. José Vitor Nogara Borges de Menezes
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFPR



Profa. Dra. Yasmine Mendes Pupo
Departamento de Odontologia Restauradora UFPR



Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFPR

Curitiba, 23 de junho de 2017.

Dedico esta dissertação a Nossa Senhora.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me capacitou para superar os desafios do Mestrado e escolheu para estarem ao meu lado pessoas que torceram pelo meu êxito e que me ajudaram, cada uma a seu modo.

Aos meus pais, Valdir e Rosangela, agradeço por terem me dado a vida. À minha mãe, agradeço especialmente, por dobrar os joelhos no chão intercedendo por mim, por cuidar de cada detalhe do meu dia a dia com tanto amor e por nunca ter deixado que alguma dificuldade me impedisse de continuar estudando.

Ao meu irmão Daniel, agradeço pelo apoio e pela compreensão.

Ao meu namorado, Gastão, agradeço pela presença amorosa, pela alegria de viver, pelo companheirismo e por me animar a seguir em frente, pois, com o esforço, vem a recompensa.

Aos padres Celso Vieira da Cruz e Donizete Araújo, da Congregação do Santíssimo Redentor, pelo incentivo.

À Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade.

Ao meu orientador, Prof. José Vitor, por ter acreditado em mim e ter me dado a honra de ser sua orientada, pela simplicidade da convivência diária, pela disponibilidade e pela paciência com meus desacertos. Sou grata pela generosidade com que conduziu o meu Mestrado, me permitindo ter muitas experiências com a Odontopediatria. O Prof. José Vitor é o odontopediatra que me inspirou a seguir o caminho da Odontopediatria.

À minha co-orientadora, Prof. Juliana, por ter dado uma dose extra de entusiasmo e dinamismo a esta pesquisa, pela generosidade com que me acolheu como orientada e pela disponibilidade. Conviver com a Prof. Juliana foi um grande aprendizado.

Aos professores da Odontopediatria, que compuseram a banca da minha qualificação, Prof. Luciana Assunção e Prof. Fabian Calixto Fraiz, pelas contribuições para a dissertação e pelo aprendizado durante a graduação e o Mestrado. A Prof. Luciana me ensinou muito sobre Epidemiologia e Bioestatística e é a responsável pelo meu amor pela Odontologia para bebês. O Prof. Fabian acompanhou de perto o desenvolvimento deste trabalho e sempre se colocou à disposição.

Ao coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e tutor do Programa de Educação Tutorial (PET Odontologia), Prof. Cassius Torres-Pereira, que acompanhou de perto minha formação acadêmica desde o início da graduação. Agradeço por todas as oportunidades que tive (e não foram poucas), que foram lapidando a minha experiência acadêmica. A sua exigência para que nós, alunos, sejamos sempre melhores, é o que nos faz ir além.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia e os demais professores, por terem contribuído para a minha formação.

À mestre Jéssica Copetti Barasuol, agora doutoranda. Acompanhar o desenvolvimento da coleta de dados da Jéssica, enquanto eu estava na graduação, foi um marco importante para a minha vida acadêmica. Esse processo me fez optar definitivamente pela Odontopediatria, e contribuiu para que eu decidisse participar do processo seletivo para o Mestrado naquele mesmo ano. A Jéssica é um exemplo de profissional e sempre se colocou à disposição para esclarecer minhas dúvidas.

Às companheiras de estudo e de resumos, Isabella E. S. B. Damiani e Gisele Marchetti, agradeço pela amizade que tornou os dias mais alegres e dividiu as preocupações.

À Magdalena Raquel Torres Reyes, agradeço pela dedicação e pelo cuidado com que conduziu as coletas de dados, pelo apoio diário, disponibilidade e sorriso sempre presente.

Às mestrandas Joyce Duarte, Bruna Letícia Vessoni Menoncin, Maria Dalla Costa, Aluhê Lopes Fatturi e Paula Dresch Portella, pelas experiências que compartilhamos e amizade que construímos.

Às alunas da Iniciação Científica, Brunna Corrêa Israel Daros, Danielle Liêda Cunha Fróes, Ellen Priscila Barankievicz, Gabrielle Heraki Marques, Juliana Marfut Hening e Jullyana Mayara Preisner Dezaneti, pela ajuda durante a coleta de dados.

À Prefeitura de Campo Magro, que nos acolheu para a realização desta pesquisa.

Às Secretarias de Saúde e Educação, em especial à Adriana, que nos acompanhou de perto e sempre facilitou nosso trabalho, com o objetivo de ofertar o melhor à população.

Às escolas e CMEIs, diretoras e professoras, pela contribuição.

À Maísa Miró de Córdova, presidente da AMAPA do Passaúna em Campo Magro, pela ajuda durante os primeiros contatos com o município.

Aos participantes da pesquisa, pela colaboração.

À CAPES, pelo auxílio financeiro que viabilizou este curso de Mestrado.

À Residência em Odontopediatria da Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina, em especial à coordenadora, Prof. Wanda Garbelini Frossard, pelo apoio nesta etapa final do Mestrado, e à Ana Carolina Fernandes Couto, colega de graduação e de residência, e amiga da vida, por toda a ajuda para que eu conseguisse terminar a dissertação.

RESUMO

A falha em identificar dor ou desconforto de origem dentária em crianças pré-escolares pode afetar aspectos importantes do desenvolvimento infantil e as atividades diárias do responsável pela criança. Os objetivos deste estudo transversal foram analisar o relato dos pais sobre presença de dor ou desconforto de origem dentária em pré-escolares, identificar fatores clínicos e sociodemográficos associados, bem como a interferência da dor ou do desconforto dentários sobre as atividades diárias do responsável e, ainda, a associação entre o relato parental de dor da criança com o autorrelato da criança. Este estudo censitário envolveu pré-escolares de 4 e 5 anos de idade matriculados na rede municipal de ensino de Campo Magro – PR e seus responsáveis. Para análise do relato de dor, os responsáveis responderam à versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire (DDQ-B). Um questionário sociodemográfico testado previamente em um projeto piloto também foi aplicado. As crianças foram examinadas utilizando o índice de dentes cariados, perdidos, extraídos ou com extração indicada ou obturados para dentição decídua (ceo-d), seguindo os critérios da Organização Mundial da Saúde, e o índice que mede as consequências clínicas de lesões de cárie não tratadas para dentes decíduos (pufa), por duas examinadoras calibradas para ambos os índices (κ interexaminador $> 0,763$ e intraexaminador $> 0,792$). Também foram avaliados a presença de mobilidade fisiológica em dentes decíduos anteriores e processo de erupção dos primeiros molares permanentes. O autorrelato de dor foi avaliado por meio da Faces Pain Scale (FPS-R) aplicada às crianças. Um total de 376 crianças participaram da pesquisa. A prevalência de dor ou desconforto de origem dentária foi de 70,3%. Para análise dos dados, realizou-se regressão univariada e multivariada de Poisson. A prevalência do relato de dor ou desconforto de origem dentária apresentou-se significativamente maior em famílias com estrutura não nuclear (RR=1,31; IC95% 1,04-1,66), menor nível de escolaridade do responsável (RR=1,89; IC95% 1,34-2,60), crianças cuja última consulta odontológica foi por motivo de dor (RR=2,06; IC95% 1,56-2,72), pais com pior percepção sobre a saúde bucal da criança (RR=1,83; IC95% 1,45-2,30), crianças com menor frequência de escovação dentária diária (RR=1,68; IC95% 1,30-2,18), crianças com experiência de cárie (ceo-d) (RR=1,49; IC95% 1,17-1,88), e com componente cariado do ceo-d (RR=1,51; IC95% 1,20-1,91), bem como em crianças com dentes apresentando consequências clínicas das lesões de cárie não tratadas (pufa) (RR=1,72; IC95% 1,33-2,23) e faltas escolares das crianças (RR=1,51; IC95% 1,08-2,11). A prevalência do relato de dor ou desconforto de origem dentária apresentou-se significativamente maior em famílias com interrupção de tarefas domésticas (RR=1,49; IC95% 1,01-2,19) e autorrelato de dor dos pré-escolares (RR=1,35; IC95% 1,08-1,70). Na regressão multivariada, crianças com dentes que apresentavam consequências clínicas das lesões de cárie não tratadas apresentaram maior prevalência de relato de dor, independentemente das demais variáveis. Concluiu-se que o relato de dor ou desconforto de origem dentária foi alto e está associado com características sociodemográficas e consequências clínicas das lesões cariosas não tratadas. O relato dos pais sobre dor ou desconforto dentários da criança está associado com o autorrelato de dor dos pré-escolares. Ainda, a presença de dor dentária na criança impacta na rotina escolar e nas atividades diárias do responsável.

Palavras-chave: Odontalgia. Percepção da dor. Cárie dentária. Núcleo familiar.

ABSTRACT

Failure to identify dental pain or discomfort in preschool children can affect important aspects of the children's development and their caregiver's daily activities. The aims of this cross-sectional study was to analyze the parents' report of the presence of dental pain or discomfort in preschool children, to identify associated clinical and sociodemographic factors, as well as the interference of dental pain or discomfort on the daily activities of the caregiver and the association with the children's self-report of pain. This census study involved preschoolers of 4 and 5 years old enrolled in the Campo Magro - PR municipal school system and their caregivers. The caregivers answered the Brazilian version of the Dental Discomfort Questionnaire (DDQ-B) and a sociodemographic questionnaire previously tested in a pilot project. The children were examined using the index of decayed, missing or filled deciduous teeth (ceo-d), following the World Health Organization (WHO) criteria, and the pufa index (pulp involvement, ulceration due to trauma, fistula and abscess for deciduous teeth), by two examiners calibrated for both indexes (interexaminer kappa > 0.763 and intraexaminer > 0.792). The presence of physiological mobility in anterior primary teeth and the eruption process of the first permanent molars were also evaluated. Self-report of pain was assessed using the Faces Pain Scale (FPS-R) applied to children. A total of 376 children participated in the survey. The prevalence of dental pain or discomfort was 70.3%. Statistical analysis involved univariate and multivariate Poisson regression. The prevalence of dental pain or discomfort was significantly higher in non-nuclear family structure (RR = 1.31, 95% CI 1.04-1.66), lower level of education of the caregiver (RR = 1.89, 95% CI 1.34-2.60), the last dental visit of the child due to pain (RR = 2.06, 95% CI 1.56-2.72), worse caregiver's perception of the child's oral health (RR = 1.83, 95% CI 1.45-2.30), lower frequency of daily dental brushing (RR = 1.68, 95% CI 1.30-2.18), caries experience (dmft) (RR = 1.49, 95% CI 1.17-1.88), caries component of dmft (RR = 1.51, 95% CI 1.20-1.91), clinical consequences of non-carious lesions (RR = 1.72, 95% CI 1.33-2.23) and children's school absences (RR = 1.51, 95% CI 1.08-2.11). The prevalence of reported dental pain or discomfort was significantly higher in families with interruption of domestic tasks (RR = 1.49, 95% CI 1.01-2.19) and self-reported pain of the preschool children (RR = 1.35, 95% CI 1.08-1.70). In the multivariate regression, children with teeth that had clinical consequences of untreated caries lesions presented a higher prevalence of pain, independently of the other variables. It can be concluded that the report of dental pain or discomfort was high and it is related to sociodemographic characteristics and clinical consequences of untreated caries lesions. Caregiver's reports of dental pain or discomfort in the child are associated with the self-reported pain of preschoolers. Still, the presence of dental pain in the child impacts on the school routine and daily activities of the caregiver.

Keywords: Toothache. Pain Perception. Dental Caries. Nuclear Family.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PREVALÊNCIA DE DOR DENTÁRIA EM CRIANÇAS DE 6 MESES A 7 ANOS DE IDADE	41
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA E MÉDIA DO ESCORE DO DDQ-B DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376)	42
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA E MÉDIA DO ESCORE DO DDQ-B DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS CLÍNICAS. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376)	44
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA E MÉDIA DO ESCORE DO DDQ-B DE ACORDO COM A INTERFERÊNCIA NA ROTINA ESCOLAR DA CRIANÇA E NAS ATIVIDADES DIÁRIAS DO RESPONSÁVEL. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376)	45
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS PARA CADA PERGUNTA DO DDQ-B. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376)	46
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A CONDUTA DO RESPONSÁVEL QUANDO A CRIANÇA ESTAVA COM DOR. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376)	47
TABELA 7 – MODELO MULTIVARIADO DE POISSON: RAZÃO DE ESCORE BRUTO E AJUSTADO DO DDQ-B ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS DO ESTUDO. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376)	48
TABELA 8 – MODELO MULTIVARIADO DE POISSON: RAZÃO DE ESCORE BRUTO E AJUSTADO DO DDQ-B NA ROTINA ESCOLAR DA CRIANÇA E NAS ATIVIDADES DIÁRIAS DO RESPONSÁVEL. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376)	50

LISTA DE SIGLAS

ceo-d – Índice de dentes cariados, extraídos ou com extração indicada e obturados, para dentição decídua

CPO-D – Índice de dentes cariados, extraídos e obturados, para dentição permanente

child-CPQ – The Child Dental Pain Questionnaire

CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil

DDQ – Dental Discomfort Questionnaire

DDQ-B – Versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire

ECOHIS – Early Childhood Oral Health Impact Scale

ECOHIS-B – Versão brasileira da Early Childhood Oral Health Impact Scale

FPS-R – Faces Pain Scale - Revised

IASP – International Association for the Study of Pain

PUFA - Índice pulp involvement, ulceration due to trauma, fistula and abcess para dentição permanente

pufa – Índice pulp involvement, ulceration due to trauma, fistula and abcess para dentição decídua

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Dor de origem dentária em crianças: conceitos e principais fatores associados	15
1.2 Dor de origem dentária em crianças: principais instrumentos de medida	19
1.3 OBJETIVOS	23
1.3.1 Objetivo Geral	23
1.3.2 Objetivos Específicos	23
2 MATERIAIS E MÉTODOS	24
2.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
2.2 DESENHO DO ESTUDO E AMOSTRA	24
2.2.1 Características do município de Campo Magro	24
2.2.2 Planejamento do estudo e cálculo amostral	24
2.2.3 Critérios de inclusão e exclusão	25
2.3 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO PARA OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DOS DADOS	25
2.3.1 Índice de dentes decíduos cariados, perdidos, extraídos ou com extração indicada e obturados (ceo-d)	25
2.3.2 Índice pulp involvement, ulceration due to trauma, fistula and abcess para dentes decíduos (pufa)	26
2.4 ESTUDO PILOTO	26
2.5 ESTUDO PRINCIPAL	26
2.5.1 Instrumentos utilizados e coleta dos dados	26
2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	28
3 RESULTADOS	31

4 DISCUSSÃO.....	33
5 CONCLUSÕES.....	40
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	55
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.....	57
APÊNDICE 3 – VERSÃO BRASILEIRA DO DENTAL DISCOMFORT QUESTIONNAIRE (DDQ-B).....	60
APÊNDICE 4 – FACES PAIN SCALE (FPS-R).....	61
APÊNDICE 5 – FICHA CLÍNICA.....	62
APÊNDICE 6 – COMUNICAÇÃO ESCRITA ENVIADA AOS PAIS / RESPONSÁVEIS APÓS O EXAME CLÍNICO DAS CRIANÇAS	63
APÊNDICE 7 – FLUXOGRAMA DO NÚMERO DE PARTICIPANTES DA PESQUISA	64
ANEXO 1 – PARECER DA APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	65
ANEXO 2 – ÍNDICE CPO-D / ceo-d (WHO, 2013).....	67
ANEXO 3 – ÍNDICE PUFA / pufa (MONSE, 2010).....	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 Dor de origem dentária em crianças: conceitos e principais fatores associados

Crianças na primeira infância e na faixa etária pré-escolar têm dificuldade em comunicar a dor (COHEN et al., 2008; VON BAYER et al., 2011). Essa dificuldade é inerente à idade e está relacionada ao amadurecimento das habilidades cognitivas da criança e às experiências de vida relacionadas à dor, que afetam como ela percebe, entende, lembra e relata a dor (VERSLOOT et al., 2006; VERSLOOT et al., 2009). A compreensão da dor pelas crianças evolui da incapacidade de verbalização para a verbalização de dor em geral, e finalmente, para a capacidade de relatar a dor incluindo a causa (VERSLOOT et al., 2009). Contudo, a inabilidade de comunicar verbalmente não nega a possibilidade de um indivíduo estar sentindo dor e ter necessidade de tratamento adequado para alívio (IASP, 2017). Quando a dor que a criança está sofrendo é subestimada ou quando não se dá credibilidade para seu autorrelato, há um risco considerável de falha em providenciar o cuidado necessário. Dor de dente por cárie em crianças pequenas pode não ser reconhecida ou pode ser interpretada pelo responsável como, por exemplo, otite ou até mesmo irritabilidade (VERSLOOT et al., 2009).

Sem tratamento, a dor ou o desconforto dentário podem afetar aspectos importantes do desenvolvimento infantil, como brincar, dormir e comer – a criança com dor pode evitar o consumo de alguns alimentos (KIWANUKA et al., 2005) e, ainda, pode ser motivo de faltas à escola (FEITOSA et al., 2005).

A dor de origem dentária em crianças é considerada a maior causa de procura por atendimento odontológico (SHQAIR et al., 2012) e pode estar associada a problemas clínicos, como a presença de lesões de cárie não tratadas (MACHRY et al., 2013; BOEIRA et al., 2012), bem como a alterações fisiológicas como mobilidade fisiológica de dentes decíduos em esfoliação e processo de erupção dentária (MOURA-LEITE et al., 2008). Fatores sociodemográficos, como renda familiar (FERREIRA-JÚNIOR et al., 2015; SCHUCH et al., 2015), número de moradores na casa (SCHUCH et al., 2015) e nível de escolaridade dos pais (SCHUCH et al., 2015; NOMURA et al., 2004) também tem sido associados à dor de origem dentária.

Diversos estudos apresentam dados de prevalência de dor dentária para as faixas etárias pré-escolar e escolar. Para a faixa etária escolar, a prevalência de dor

dentária variou de 16,5% a 82% entre estudos (NOMURA et al., 2004; MOURA-LEITE et al., 2008; BASTOS et al., 2008; SHQAIR et al., 2012; MOURA-LEITE et al., 2011; BOEIRA et al., 2012; LACERDA et al., 2013; FERREIRA-JÚNIOR et al., 2015; SCHUCH et al., 2015), conforme mostra a tabela 1. A maioria dos estudos obteve prevalência de 20% a 40% (NOMURA et al., 2004; MOURA-LEITE et al., 2008; BASTOS et al., 2008; MOURA-LEITE et al., 2011; LACERDA et al., 2013; FERREIRA-JUNIOR et al., 2015; SCHUCH et al., 2015). A prevalência de dor de 82% foi obtida em um estudo que descreveu o perfil das crianças que procuram atendimento em um serviço de urgência odontológica (SHQAIR et al., 2012). A metodologia para se obter o relato de dor variou entre os estudos, uma vez que alguns estudos investigaram a prevalência de dor dentária com uma pergunta inserida, por exemplo, no questionário socioeconômico: ‘O seu/sua filho(a) teve dor de dente nos últimos 2 meses?’ ou ‘O seu/sua filho(a) teve dor de dente nos últimos 6 meses?’, sendo as respostas ‘sim’ ou ‘não’. Assim, existe a possibilidade dos pais ou responsáveis subestimarem ou confundirem a dor de origem dentária com dores de outras origens, como otológica, por exemplo.

Em relação à faixa etária pré-escolar, a prevalência de dor dentária variou de 3,1% a 66% (VERSLOOT et al., 2005; VERSLOOT et al., 2006; VERSLOOT et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2009; WANDERA et al., 2009; COSTA et al., 2011; MACHADO et al., 2014; DAHER et al., 2014a; GOMES et al., 2015). A prevalência de 3,1% foi obtida por meio da aplicação de uma versão modificada do Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) adicionada a um questionário, para os pais de crianças de 6 a 36 meses de idade (WANDERA et al., 2009). A ECOHIS avalia a qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças pré-escolares. Como esperado, a prevalência foi baixa, uma vez que, nessa faixa etária, os dentes estão em processo de erupção. Já em crianças de 30 a 69 meses de idade, cujos pais também responderam a um questionário contendo a versão brasileira da ECOHIS, denominada ECOHIS-B, a prevalência foi igual a 9,1% (GOMES et al., 2015). Essa taxa corrobora com a prevalência de dor encontrada em crianças de 18 a 59 meses, avaliada por meio de questionário aplicado aos pais (OLIVEIRA et al., 2009). A prevalência de dor em crianças de até 72 meses que procuraram um serviço de emergência odontológica foi de 47,9% (MACHADO et al., 2014). Prevalências mais altas, de 48% a 66% (VERSLOOT et al., 2005, VERSLOOT et al., 2006; VERSLOOT et al., 2006; COSTA et al., 2011; DAHER et al., 2014a), foram

relatadas por estudos que utilizaram o Dental Discomfort Questionnaire (DDQ), um instrumento que avalia comportamentos relacionados a dor ou desconforto de origem dentária. Desse modo, o relato de dor dentária não se baseia exclusivamente na percepção dos pais, mas baseia-se na identificação de determinados comportamentos manifestados pelas crianças como, por exemplo: problemas para mastigar, chorar durante as refeições ou chorar repentinamente à noite, enquanto dorme, obtendo, portanto, maior objetividade.

Lesões de cárie não tratadas são o fator primário associado a dor de origem dentária e necessidade de tratamento odontológico em pré-escolares (NOMURA et al., 2004; BOEIRA et al., 2012; MACHRY et al., 2013). Um levantamento epidemiológico nacional mostrou que, aos 5 anos de idade, uma criança brasileira possui, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado, que é responsável por mais de 80% do índice (BRASIL, 2010).

O motivo mais comum para procura dos serviços odontológicos de urgência é a cárie dentária (SHQAIR et al., 2012). Maior prevalência de dor de origem dentária é observada entre as crianças com o componente “cariado” do índice ceo-d (Índice de dentes cariados, extraídos ou com extração indicada e obturados, para dentes decíduos) mais prevalente (SHQAIR et al., 2012; BASTOS et al., 2008).

Lesões de cárie cavitadas que permanecem sem tratamento podem ter consequências clínicas. Porém, há poucas informações disponíveis na literatura sobre a prevalência e a severidade das condições bucais decorrentes da ausência de tratamento. O Índice pulp involvement, ulceration due to trauma, fistula and abcess (PUFA/pufa) pode ser utilizado para registrar a presença e a severidade das consequências clínicas das lesões de cárie não tratadas: comprometimento pulpar visível (P/p), ulceração causada por deslocamento de fragmentos dentários (U/u), fístula (F/f) e abscesso (A/a) (MONSE et al., 2010). Esse índice foi validado na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal nas Filipinas. Os autores consideraram que o PUFA/pufa pode ser utilizado como complementar aos índices clássicos para avaliação de lesões de cárie dentária, com informações relevantes para o planejamento dos serviços públicos de saúde (MONSE et al., 2010).

Outros aspectos comumente associados a dor ou desconforto de origem dentária são a mobilidade fisiológica de dentes decíduos em processo de esfoliação e o processo de erupção dentária. A mobilidade fisiológica foi observada em 8,7% das crianças de 5 anos de idade de Belo Horizonte, sendo que 24,1% delas

apresentavam os primeiros molares permanentes em processo de erupção (MOURA-LEITE et al., 2008).

Aspectos sociodemográficos dos responsáveis pelas crianças e das famílias tendem a estar associados com a prevalência de dor dentária na dentição decídua (BOEIRA et al., 2012; BASTOS et al., 2008). A prevalência de dor dentária foi significativamente maior em crianças cujos responsáveis apresentavam baixo nível de escolaridade, baixa renda familiar (SCHUCH et al., 2015; NOMURA et al., 2004), maior número de moradores na casa e desestruturação familiar – famílias não nucleares, ou seja, a criança morava com apenas um dos pais biológicos (SCHUCH et al., 2015).

Com relação ao impacto da dor de origem dentária, dois estudos de Belo Horizonte encontraram uma associação positiva entre dor dentária e dificuldade para a execução de atividades diárias nos últimos dois meses para 72,6% e 59,3% das crianças de 5 anos de idade com relato de dor (MOURA-LEITE et al., 2008; MOURA-LEITE et al., 2011). A maioria das crianças com dor teve dificuldade para comer, escovar os dentes, dormir, brincar e ir à escola. Dentre as crianças que tiveram impacto nas atividades, 85,2% tinham pelo menos um dente cariado, 11,5% tinham dentes perdidos, 36,1% apresentavam restaurações e 24,6% cárie com envolvimento pulpar (MOURA-LEITE et al., 2011).

Quando a criança manifesta dor dentária, os pais podem medicar a criança sem a prescrição de um profissional de saúde. Em Belo Horizonte, 35,6% dos pais relataram ter medicado a criança, 13,6% procuraram atendimento odontológico e 22% relataram não ter feito nada para alívio da dor (MOURA-LEITE et al., 2008). Em Pelotas, os dados são similares: 50,98% dos pais relataram ter medicado a criança, 23,04% procuraram atendimento odontológico, 6,37% procuraram atendimento médico e 19,61% relataram não ter feito nada para o alívio da dor. Ainda, um grande número de crianças é levado para o atendimento odontológico com queixas que haviam começado há vários dias ou semanas (SHQAIR et al., 2012).

O impacto da dor dentária não se restringe somente aos aspectos relacionados à criança. A dor também pode repercutir nas atividades do responsável. Em Belo Horizonte, 45,7% dos pais das crianças de 5 anos de idade com relato de dor dentária afirmaram que já precisaram faltar ao trabalho em decorrência da dor de dente das crianças (MOURA-LEITE et al., 2008).

1.2 Dor de origem dentária em crianças: principais instrumentos de mensuração

Considerando que a experiência de dor é inerentemente individual e subjetiva, o autorrelato é considerado o padrão-ouro (HOWARD et al., 2008). Apesar da dificuldade de autorrelato de dor ou desconforto das crianças pré-escolares, há instrumentos que podem ser aplicados para essa faixa etária, como métodos auxiliares à expressão verbal de dor ou desconforto.

A Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) (HICKS et al., 2001) é uma escala que apresenta boas propriedades psicométricas para faixa etária de 4 a 17 anos de idade com dor aguda. Portanto, pode ser usada como autorrelato de dor em pré-escolares. É composta por 6 faces, cada uma representando maior intensidade de dor. Ao ser apresentada à criança, deve-se dizer uma fala padrão, disponível na internet, em vários idiomas no endereço eletrônico da International Association for the Study of Pain (IASP). Outra recomendação para o momento de aplicação do instrumento é de não usar palavras como “alegre” ou “triste”, pois a FPS-R tem como objetivo medir como as crianças se sentem internamente, e não como aparentam estar. Porém, essa não é uma escala para autorrelato de dor exclusivamente odontológica, o que pode gerar certa confusão no momento da escolha da face. Outra limitação para sua aplicação é a tendência de crianças pequenas escolherem os extremos da escala (TSZE et al., 2013; BAEYER et al., 2009; CHAMBERS et al., 2002).

No caso de crianças pequenas ou de pessoas que possuem limitações verbais e não conseguem relatar ou descrever a dor, o autorrelato pode ser complementado ou substituído por instrumentos observacionais validados (VON BAYER et al., 2007).

Para avaliação de dor de origem dentária em crianças, há dois instrumentos validados para o português brasileiro: o DDQ-B, que é a única ferramenta observacional validada para avaliar exclusivamente dor de dente em crianças de 2 a 5 anos de idade (VERSLOOT et al., 2006), e o chid-CPQ (the Child Dental Pain Questionnaire), direcionado a crianças de 8 a 10 anos de idade (BARRÊTO et al., 2011).

O Dental Discomfort Questionnaire (DDQ) foi desenvolvido na Holanda, com base em dois conceitos: cárie e dor de dente em crianças pequenas resultam em

problemas para comer, dormir, escovar os dentes; e a habilidade das crianças em verbalizar a dor depende do estágio de desenvolvimento cognitivo (VON BAEYER et al., 2011). Assim, o DDQ é um instrumento direcionado aos pais, que tem como finalidade identificar dor ou desconforto de origem dentária em crianças menores de 5 anos de idade. Esse instrumento é um questionário, que contém questões que avaliam comportamentos relacionados à dor ou desconforto dentários classificados em uma escala de 3 pontos, para determinar a frequência de cada comportamento (nunca, às vezes, sempre).

O DDQ com 12 itens foi delineado a partir de entrevistas com os pais ou responsáveis por crianças em tratamento odontológico. Assim, foram identificados 12 comportamentos frequentes em crianças pequenas com lesões de cárie e relato de dor. Quando o DDQ foi aplicado aos pais das crianças, constatou-se que 4 perguntas não se relacionavam com o relato de dor de dente. Quando removidos, o DDQ-8 mostrou boa confiabilidade; os 8 comportamentos foram mais frequentes em crianças com cárie e dor de dente do que em crianças sem cárie ou dor. Portanto, é importante considerar o comportamento da criança ao avaliar dor de dente e, ainda, é possível orientar os pais sobre quais comportamentos observar para identificar o que a criança está sentindo em relação a dor ou desconforto de origem dentária (VERSLOOT et al., 2005).

A única adaptação transcultural e validação do DDQ foi feita para aplicação na população brasileira. A versão brasileira, DDQ-B, foi validada com 7 perguntas. O escore pode variar de 0 a 14, sendo 0 ausência percepção de dor e 14 a maior percepção de dor (DAHER et al., 2014b)

O processo de adaptação transcultural definiu o DDQ como um instrumento de conceitos universais, que pode ser usado em crianças brasileiras, após modificações no formato e em alguns termos (DAHER et al., 2014b). Para validação, o DDQ-B foi aplicado aos pais ou responsáveis por 263 crianças pré-escolares da faixa etária entre 25 e 60 meses, em Goiânia. As crianças foram avaliadas clinicamente, obtendo-se o índice ceo-d, e o questionário foi aplicado aos pais. O DDQ-B mostrou-se confiável, apresentando propriedade discriminatória. Após análise exploratória fatorial, o modelo de 7 itens foi proposto, apresentando boas propriedades psicométricas: excelente estabilidade da maioria dos itens (κ ponderado de 0,68 a 0,88) e boa consistência interna (α de Cronbach de 0,81) (DAHER et al., 2014).

Após a validação, um estudo realizado em Goiânia demonstrou a acurácia do DDQ-B em identificar necessidade de tratamento odontológico em crianças brasileiras de até 72 meses. Pais ou responsáveis responderam ao questionário e 326 crianças foram avaliadas por meio de exame clínico odontológico, para determinar necessidade de tratamento. O DDQ-B mostrou-se adequado para estabelecer dor ou desconforto de origem dentária em pré-escolares brasileiros, bem como identificar necessidade de tratamento. A obtenção de escore igual ou superior a 5 pontos no DDQ-B foi relacionada à necessidade de tratamentos mais invasivos, sendo que os maiores escores obtidos estavam relacionados à necessidade de endodontia ou de exodontia (DAHER et al., 2015).

A versão do DDQ em língua inglesa foi usada em vários estudos (VERSLOOT et al., 2005; VERSLOOT et al., 2005; VERSLOOT et al., 2006; VERSLOOT et al., 2008; VERSLOOT et al., 2009; COSTA et al., 2011). O instrumento foi analisado como preditor de dor de dente em crianças com média de idade de 47 meses. Constatou-se que as crianças que apresentavam dentes cariados ou com relato de dor de dente apresentavam maior escore do DDQ em comparação às crianças sem lesões de cárie ou relato de dor. O DDQ apresentou validade e habilidade de discriminar crianças que sofrem com dor ou desconforto de origem dentária. Escore maior ou igual a 3 foi estabelecido como o melhor ponto de corte indicativo de dor de origem dentária para a versão original do instrumento (VERSLOOT et al., 2005).

Em outro estudo, o DDQ foi aplicado em dois momentos: antes e após o tratamento odontológico de crianças da faixa etária entre 30 e 59 meses de idade. Houve redução do escore do DDQ: comportamentos relacionados a dor ou desconforto de origem dentária reduziram significativamente após o tratamento, exceto para as crianças que passaram por exodontia ou que apresentavam cárie em dente anterior. Esses dois grupos de crianças continuaram a manifestar dificuldade em morder e mastigar. Constatou-se que o DDQ pode contribuir para a compreensão de aspectos comportamentais relacionados a dor ou desconforto dentário em crianças muito pequenas, reforçando a importância da abordagem comportamental (VERSLOOT et al., 2005).

Crianças submetidas a tratamento odontológico sob anestesia geral não mudaram os comportamentos durante o tempo de espera, reforçando a necessidade de resolução clínica para que não continuem a apresentar comportamentos relacionados à dor dentária. Após o tratamento, houve diminuição de

comportamentos negativos como problemas para mastigar, levar a mão à bochecha e chorar durante as refeições e à noite, evidenciando que eles estavam relacionados à presença de lesões de cárie e dor dentária (VERSLOOT et al., 2006).

No Canadá, crianças também submetidas a tratamento odontológico sob anestesia geral fizeram parte de mais um estudo com o DDQ. O objetivo foi identificar fatores relacionados à ocorrência e à gravidade de desconforto pós-operatório. Aproximadamente 51% dos pacientes apresentavam desconforto dentário pré-operatório, o qual diminuiu significativamente para 27% nos dias 2 a 5 de pós-operatório. O desconforto durante a recuperação teve relação com o número de coroas e mantenedores de espaço instalados e foi inversamente proporcional ao tempo de sono pós-operatório. Nessas crianças, o desconforto dentário após o tratamento foi leve, diminuiu significativamente na primeira semana e não se mostrou associado a procedimentos específicos, exceto no pós-operatório imediato (COSTA et al., 2011).

O instrumento também foi utilizado para outro grupo que apresenta dificuldade no relato de dor ou desconforto de origem dentária: crianças e adolescentes com dificuldade de aprendizado e déficit intelectual (ALAKI et al., 2012; KREKMANOVA et al., 2016; VERSLOOT et al., 2008). Para utilização nessa população, duas perguntas foram adicionadas ao questionário, denominado DDQ+, com o objetivo de avaliar se aumentariam a sensibilidade e a especificidade do instrumento para essa população em especial. Concluiu-se que as questões adicionais aumentaram o escore dos falsos-positivos. Para o DDQ+, ponto de corte igual a 4 foi estabelecido, considerando que, nesse ponto de corte, 80% das crianças e adolescentes com dor poderiam ser identificadas (VERSLOOT et al., 2008).

Tendo em vista as dificuldades citadas no que diz respeito à identificação de dor ou desconforto de origem dentária em pré-escolares e à disponibilidade do DDQ-B para ser aplicado nessas situações, o presente estudo utilizou este instrumento para obtenção do relato de dor e desconforto de origem dentária na faixa etária pré-escolar, com o objetivo de identificar, ainda, os principais fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos que podem estar associados.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar o relato dos pais sobre presença de dor ou desconforto de origem dentária em pré-escolares e identificar fatores associados.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar a prevalência do relato de dor ou desconforto de origem dentária, avaliado através da versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire (DDQ-B);

- Avaliar a associação entre o relato de dor ou desconforto de origem dentária e a composição familiar, bem como seu impacto sobre a rotina escolar da criança e as atividades diárias do responsável;

- Avaliar a associação entre o relato dos pais ou responsáveis sobre dor ou desconforto de origem dentária das crianças e o autorrelato de dor das crianças, através da Faces Pain Scale (FPS-R);

- Estabelecer a relação entre o relato de dor ou desconforto de origem dentária e condições clínicas, fatores socioeconômicos e demográficos.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer de número 53221016.0.0000.0102 (ANEXO 1). Os pais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1), consentindo sua participação e autorizando a participação de seus filhos.

2.2 DESENHO DO ESTUDO E AMOSTRA

O desenho deste estudo foi transversal analítico censitário, envolvendo crianças pré-escolares de 4 e 5 anos de idade matriculadas nas oito escolas municipais e nos dois centros municipais de educação infantil (CMEIs) de Campo Magro, Paraná, e seus pais ou responsáveis.

2.2.1 Características do município de Campo Magro

O município de Campo Magro está localizado a noroeste da Região Metropolitana de Curitiba. São 263 km² de extensão, sendo 230 km² de área rural. A população é estimada em 24.843 habitantes (IBGE, 2010) e concentra-se ao sul do município, próximo à capital do Estado, estendendo-se ao longo da PR-090 – Estrada do Cerne. Os principais setores econômicos de Campo Magro são a agricultura, principalmente de produção familiar, a criação de animais e o turismo rural. Campo Magro tem o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,701. A capital do estado, Curitiba, tem IDHM igual a 0,823 (IBGE, 2010).

2.2.2 Planejamento do estudo

Todas as crianças de 4 e 5 anos de idade matriculadas na rede pública de ensino de Campo Magro no ano de 2016 foram convidadas para participar da pesquisa, juntamente com seus responsáveis.

2.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados critérios de inclusão para este estudo:

- Crianças pré-escolares na faixa etária de 4 e 5 anos de idade, completos no ano escolar de 2016;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por mãe, pai ou responsável pela criança.

Foram considerados critérios de exclusão para este estudo:

- Recusa em responder ao questionário;
- Crianças com déficit intelectual;
- Crianças com comprometimento sistêmico no quadro geral de saúde que impossibilitasse a realização do exame clínico;
- Crianças que não permitiram a realização do exame clínico odontológico.

2.3 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO PARA OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS

2.3.1 Índice de dentes decíduos cariados, perdidos, extraídos ou com extração indicada e obturados (ceo-d)

O treinamento dos pesquisadores avaliadores foi realizado com imagens clínicas de dentes hígidos e de dentes com lesões de cárie dentária, seguido por discussão sobre as bases conceituais do índice. A calibração foi realizada com pacientes em atendimento na clínica de Odontopediatria do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR). O exame clínico das 20 crianças selecionadas foi realizado pelo examinador padrão-ouro (JVNB – doutor em Odontopediatria) e pelas duas examinadoras previamente treinadas. A concordância interexaminador decorreu da comparação entre os resultados do padrão-ouro e de cada uma das examinadoras ($\kappa_1 = 0,798$ e $\kappa_2 = 0,763$). Após uma semana, as duas examinadoras repetiram o exame clínico das crianças, para obtenção da concordância intraexaminador ($\kappa_1 = 0,834$ e $\kappa_2 = 0,792$). A concordância entre as duas examinadoras no primeiro exame foi igual a 0,787, e no segundo exame 0,794.

2.3.2 Índice pulp involvement, ulceration due to trauma, fistula and abcess para dentes decíduos (pufa)

O índice pufa quantifica as consequências clínicas das lesões de cárie não tratadas: cárie com envolvimento pulpar, ulceração por remanescentes radiculares, fístula e abscesso (MONSE et al., 2010). O treinamento e a calibração para este índice foram realizados pelas duas examinadoras segundo a metodologia de Monse et al., 2010.

2.4 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi planejado com o objetivo de testar a metodologia: adesão dos participantes, adequação ao modelo conceitual, tempo necessário para a coleta de dados, dinâmica da coleta de dados, entre outros e, assim, identificar e resolver dificuldades (FOSTER et al., 2013).

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário desenvolvido para a pesquisa foram enviados aos pais ou responsáveis. Após a devolução do TCLE assinado, 25 crianças de duas escolas foram examinadas clinicamente. A metodologia mostrou-se viável, porém optou-se por reduzir o número de perguntas do questionário, com o objetivo de aumentar a adesão dos participantes à pesquisa, pois alguns questionários retornaram incompletos. Foram realizados pequenos ajustes em relação à organização para os exames clínicos.

2.5 ESTUDO PRINCIPAL

2.5.1 Instrumentos utilizados e coleta dos dados

Questionário

O questionário desenvolvido para a pesquisa foi enviado aos pais dos pré-escolares que concordaram em participar. As perguntas do questionário abordavam condições sociodemográficas, como número de moradores na casa, renda mensal familiar, escolaridade do responsável, local de trabalho do responsável (em casa ou fora de casa) e estrutura familiar. O questionário continha ainda questões sobre a percepção do responsável sobre a saúde bucal da criança; frequência diária de escovação dentária; acesso da criança a serviços odontológicos: se já foi ao

cirurgião-dentista alguma vez, onde recebeu atendimento odontológico e o motivo da última consulta odontológica; e interferência da dor da criança na frequência escolar e na rotina do responsável: faltas ao trabalho, interrupção de tarefas domésticas, deixar de cuidar de outra criança ou de executar outras atividades para atender à criança que estava com dor (APÊNDICE 2). A versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire (DDQ-B) foi incluída no mesmo questionário (APÊNDICE 3).

Versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire

O Dental Discomfort Questionnaire (DDQ-B) é um instrumento utilizado para avaliar dor ou desconforto dentário em crianças entre dois e cinco anos de idade, validado para o português brasileiro (DAHER et al., 2014). É constituído por sete questões, cujas respostas a serem assinaladas pelos pais ou responsável podem ser: nunca, às vezes ou sempre. É atribuída pontuação 0 para a resposta “nunca”, 1 para “às vezes” e 2 para “sempre”. Assim, o escore final pode variar de 0 a 14 (DAHER et al., 2014b), sendo que escores mais altos indicam maior frequência de comportamentos relacionados à dor ou desconforto de origem dentária. O estudo de Daher et al., 2015, estabeleceu como ponto de corte o escore maior ou igual a 5, indicando que a criança tem necessidade de procedimentos clínicos mais invasivos.

Faces Pain Scale - Revised

A Faces Pain Scale (FPS-R) (APÊNDICE 4) é uma escala composta por 6 faces, cada uma representando aumento no grau de dor, da esquerda para a direita. A pontuação das faces é de 0, 2, 4, 6, 8, 10 (HICKS et al., 2001). O instrumento foi apresentado a cada criança individualmente, ao mesmo tempo em que foram lidas as instruções padrão em português, disponíveis no endereço www.iasp-pain.org/FPSR: “Estas caras mostram o quanto alguma coisa pode doer. Esta cara [apontar para a face mais à esquerda] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [apontar para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [apontar para a face mais à direita] que mostra muita dor. Aponte para a cara que mostra o quanto te doi [neste momento]”.

Coleta de dados clínicos

Os exames clínicos foram realizados nas escolas municipais e centros municipais de educação infantil de Campo Magro, sendo que cada instituição recebeu a equipe odontológica pelo menos duas vezes para a realização dos exames clínicos. Os exames foram realizados após escovação dentária. As crianças foram posicionadas sentadas em uma cadeira, em frente a uma examinadora, também sentada. O exame clínico foi realizado de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013). Além dos equipamentos de proteção individual, foram utilizados lâmpada de cabeça, gaze para secagem dos dentes, espelho odontológico número 5 e sonda periodontal modelo OMS para diagnóstico diferencial de presença de cavitação.

Os índices utilizados foram: índice de dentes cariados, perdidos, extraídos ou com extração indicada e obturados (ceo-d) (ANEXO 2), para avaliação de experiência de cárie na dentição decídua; e índice pulp involvement, ulceration due to trauma, fistula and abscess para dentes decíduos (pufa) (ANEXO 3), o qual caracteriza as consequências clínicas das lesões de cárie não tratadas. Também foram registrados presença / ausência de mobilidade fisiológica nos dentes decíduos anteriores, verificada apenas com os dedos, sem discriminação do grau de mobilidade presente ou do número de dentes decíduos com mobilidade fisiológica; e se os primeiros molares permanentes estavam em processo de erupção. Considerou-se essa característica clínica presente se qualquer um dos primeiros molares permanentes se apresentassem entre os estágios inicial da erupção (uma ponta de cúspide em boca), até posicionamento abaixo do plano oclusal. Os dados coletados foram anotados em uma ficha clínica desenvolvida para esta pesquisa (APÊNDICE 5). Todos os responsáveis receberam um comunicado escrito informando sobre a necessidade ou não de tratamento odontológico da criança (APÊNDICE 6).

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados no programa Social Package for Social Sciences® (versão 20.0; SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). A variável dependente foi o relato de dor ou desconforto de origem dentária, mensurado pelo DDQ-B e utilizado como variável numérica. A prevalência do relato de dor ou desconforto de origem

dentária foi obtida considerando o escore do DDQ-B maior ou igual a 1 como dor ou desconforto dentário presente. A prevalência de crianças identificadas com necessidade de procedimentos clínicos odontológicos mais invasivos foi estabelecida considerando o ponto de corte maior ou igual a 5 no escore do DDQ-B (DAHER et al., 2015).

As variáveis independentes foram dicotomizadas da seguinte forma: responsável que respondeu o questionário (mãe e outros); número de moradores na casa (2-5 e ≥ 6); estrutura familiar (nuclear, quando a criança morava com o pai e a mãe biológicos, e não nuclear, quando a criança morava apenas com um dos pais biológicos); renda mensal per capita (≤ 1 salário mínimo e > 1 salário mínimo, considerando o salário mínimo brasileiro no período da coleta de dados, correspondente a R\$880,00); escolaridade do responsável (até o segundo grau e ensino superior completo ou não); trabalho do responsável (em casa e fora de casa); acesso da criança a serviço odontológico (sim e não); local de atendimento da criança (público e particular); motivo da última consulta odontológica da criança (preventiva ou por motivo de dor); percepção do responsável sobre a saúde bucal da criança (boa e razoável/ruim); frequência de escovação dentária diária (nenhuma/uma vez e duas ou mais vezes); autorrelato de dor da criança – FPS-R (sem dor expressa pela FPS-R, ou seja, somente a primeira face, e com dor expressa pela FPS-R – as outras 5 faces); faltas escolares (não e sim); faltas do responsável ao trabalho (não e sim); interrupção de tarefas domésticas (não e sim), deixar de cuidar de outra criança (não e sim) ou de executar outras atividades (não e sim).

A variável “impacto nas atividades diárias do responsável” foi dicotomizada em “não” e “sim”. Foi considerada presença de impacto em caso de resposta afirmativa para qualquer uma das variáveis: faltas ao trabalho, interrupção de tarefas domésticas, deixar de cuidar de outra criança ou deixar de executar outras atividades para atender à criança que estava com dor.

As variáveis clínicas foram dicotomizadas em: ceo-d (= 0 e ≥ 1); pufa (= 0 e ≥ 1); mobilidade fisiológica (presente / ausente); primeiros molares em processo de erupção (presente / ausente).

Foram realizadas análises descritivas, seguidas do teste U de Mann-Whitney, pois não houve uma distribuição normal dos dados, referido pelo teste Kolmogorov-Smirnov ($P < 0,001$). Os dados foram exportados para o Stata (versão 14.0;

StataCorp. LLC, College Station, TX, EUA) para regressão univariada e multivariada de Poisson. Para a construção do modelo múltiplo, foram selecionadas as variáveis independentes que apresentaram valor de $P < 0,20$ na regressão univariada. Permaneceram no modelo múltiplo as variáveis que permaneceram significantes.

3 RESULTADOS

Das 491 crianças elegíveis para participar do estudo, 114 (23,01%) não entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais e duas (0,40%) faltaram à escola nos dias de coleta de dados. Assim, o número final de participantes da pesquisa foi de 376 (76,57%) crianças (APÊNDICE 7).

A tabela 2 mostra a distribuição de frequência das variáveis independentes. A distribuição de gênero foi homogênea, sendo 188 meninas e 188 meninos (50,0%), com média de idade de 60.6 meses (DP = 5,72), variando de 48 a 71 meses. A maioria dos questionários foi respondida pelas mães (n = 334, 90,3%). Quanto à estrutura familiar, 28,7% das crianças apresentavam família não nuclear (n = 106).

A prevalência de dor ou desconforto de origem dentária obtida por meio do DDQ-B foi de 70,3% (n = 260). Ao considerarmos o ponto de corte que indica necessidade de procedimentos clínicos mais invasivos, a prevalência foi de 13,0% (n = 48). A média e a mediana do escore do DDQ-B foram 1,91 (DP = 2,11) e 1,00 (variância = 4,45), respectivamente, sendo o mínimo 0 e o máximo 14 pontos. A tabela 5 apresenta a distribuição de frequência de cada resposta de acordo com as perguntas do DDQ-B.

Notou-se maior prevalência do relato de dor e desconforto de origem dentária em famílias com estrutura não-nuclear, responsáveis com menor grau de escolaridade, crianças cuja última consulta odontológica foi por motivo de dor dentária, responsáveis com pior percepção sobre a saúde bucal da criança, crianças com menor frequência de escovação dentária diária e em crianças com autorrelato de dor de dente, avaliado por meio da FPS-R. Apenas o autorrelato de dor de dente da criança não permaneceu associada quando se ajustou pelas demais variáveis.

O índice ceo-d apresentou média de 2,80 (DP = 3,59), variando de 0 a 16. A média do componente cariado do índice foi de 2,31 (DP = 3,29). A maioria das crianças (57,2%, n = 214) apresentava experiência de cárie na dentição decídua (ceo-d \geq 1). A média do índice pufa foi 0,43 (DP = 1,21), variando de 0 a 10. A tabela 3 apresenta a distribuição da amostra e a média do escore do DDQ-B de acordo com as variáveis clínicas.

As variáveis clínicas associadas com maiores escores do DDQ-B foram experiência de cárie, componente cariado do ceo-d e consequências clínicas de lesões de cárie não tratadas (tabela 8). As variáveis fisiológicas investigadas,

mobilidade fisiológica de dentes decíduos e primeiros molares em processo de erupção, não apresentaram associação com maior escore do DDQ-B.

Dentre as crianças com relato de dor de origem dentária pelos pais (25,8%, n = 97), 32 (32,65%) já precisaram faltar à escola por esse motivo (tabela 4). A dor dentária da criança teve impacto para 88,17% (n = 82) das famílias. As atividades do responsável afetadas pela dor da criança foram: tarefas domésticas (61,29%, n = 57), faltar ao trabalho (24,73%, n = 23), deixar de cuidar de outra criança para atender à criança que estava com dor (7,52%, n = 7) e outras atividades (17,20%, n = 16). Maiores escores do DDQ-B foram associados à resposta positiva para pelo menos uma das quatro atividades (tabela 9), além da associação estatisticamente significativa com faltas escolares e interrupção de tarefas domésticas.

A maioria dos pais (50,51%, n = 49) afirmou ter procurado atendimento odontológico para alívio da dor dentária da criança (tabela 6), seguida de 45,36% (n = 44) que medicaram a criança com analgésicos que tinham em casa. Apenas 4,12% (n = 4) relataram não terem feito nada para alívio da dor da criança.

4 DISCUSSÃO

A prevalência de pré-escolares com dor ou desconforto de origem dentária, obtida por meio da versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire (DDQ-B), foi alta. Os resultados encontrados estão de acordo com pesquisas anteriores (DAHER et al., 2014a; DAHER et al., 2015). Um estudo realizado com crianças brasileiras de 25 a 60 meses de idade, em serviços públicos de saúde (ambulatórios hospitalares e clínicas odontológicas) e creches de Goiânia, com metodologia similar à deste estudo, também obteve alta prevalência de dor ou desconforto de origem dentária e identificou que a frequência com que os pais respondiam afirmativamente às perguntas e o escore total do DDQ-B mostraram-se associados ao número de dentes cariados (DAHER et al., 2014a). Em outro estudo (FERREIRA-JÚNIOR et al., 2015), com uma amostra representativa de crianças brasileiras de 5 anos de idade, que teve como desfecho 'ocorrência de dor dentária' com a pergunta: 'O seu filho teve dor de dente nos últimos 6 meses?', a prevalência de dor de dente também foi considerada alta, embora mais baixa em relação aos estudos que utilizaram o DDQ-B. Espera-se que, em populações semelhantes, a prevalência de dor dentária seja maior nos estudos que utilizam instrumentos observacionais como o DDQ-B, pois há avaliação da frequência com que a criança manifesta determinados comportamentos que podem estar relacionados à dor, enquanto, com uma única pergunta sobre a ocorrência de dor, a dor da criança pode ser subestimada ou confundida com dor de outra origem.

O estudo que demonstrou a acurácia do DDQ-B em discriminar crianças que têm necessidade de procedimentos odontológicos mais invasivos e complexos estabeleceu como ponto de corte o escore do DDQ-B maior ou igual a 5 (DAHER et al., 2015). Neste estudo, maiores escores do DDQ-B mostraram-se associados à experiência de cárie das crianças e ao número de dentes cariados. Um grupo importante de pré-escolares avaliados apresentou escore maior ou igual a 5, sugerindo, portanto, a necessidade de procedimentos clínicos mais invasivos, como endodontia e exodontia. Este instrumento pode, portanto, ser utilizado também para dimensionar a necessidade de tratamento odontológico.

O relato de dor ou desconforto de origem dentária mostrou-se associado à estrutura familiar não nuclear e a dor da criança teve impacto nas atividades diárias da maioria dos responsáveis, afetando a rotina familiar. Esse resultado pode ser

justificado pelo fato de que crianças que vivem em famílias não nucleares podem receber menos atenção em aspectos como saúde bucal em comparação às crianças que vivem em famílias nucleares, pois somente um dos pais biológicos está presente no cotidiano da criança, o que poderia gerar sobrecarga das atividades domésticas. Este achado está de acordo com outro estudo realizado com crianças sul-brasileiras de 8 a 10 anos de idade na cidade de Pelotas (SCHUCH et al., 2015). Além da diferença de faixa etária, no estudo de Pelotas, a prevalência de dor foi obtida com uma única pergunta direcionada à própria criança. Apesar das diferenças, a associação manteve-se, reforçando a influência da estrutura familiar sobre a saúde bucal da criança. A adoção de hábitos comportamentais coerentes na infância começa em casa com os pais, principalmente com a mãe (CASTILHO et al., 2013). Assim, quando a criança convive somente com um dos pais biológicos, pode haver falha no cuidado em saúde bucal e na adoção de práticas saudáveis.

No que diz respeito às atividades escolares, um número expressivo de crianças já faltou à escola pelo menos uma vez por motivo de dor dentária, corroborando com os resultados de estudo realizado com crianças de 5 anos de idade que afirmou que, nos últimos meses, a dor de origem dentária dificultou atividades cotidianas como comer, escovar os dentes, dormir, brincar e ir à escola para 11% das crianças, sendo que 13% faltaram à escola por motivo de dor dentária (MOURA-LEITE et al., 2011).

A literatura mostra que grande parte das crianças pré-escolares e das famílias sofre impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, avaliado através da versão brasileira da Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS-B). Os itens que apresentaram maiores frequências para as crianças foram a dor dentária, dificuldade para beber e para se alimentar (KRAMER et al., 2013; CLEMENTINO et al., 2015). Já para os responsáveis, os itens com maiores frequências foram sentimento de culpa e tristeza (CLEMENTINO et al., 2015).

Além da questão psicológica dos responsáveis, a dor dentária da criança pode afetar as atividades do responsável e a rotina familiar. Neste estudo, 24,73% dos responsáveis já precisaram faltar ao trabalho porque a criança estava com dor, prevalência menor que a de 45,7%, encontrada em estudo em Belo Horizonte/MG com crianças da mesma faixa etária (MOURA-LEITE et al., 2008). Para a maioria dos responsáveis, a dor dentária da criança também interferiu na execução de tarefas domésticas, além do responsável ter deixado de cuidar de outra criança ou

ter deixado de fazer outras atividades para atender à criança que estava com dor, concordando com os resultados de Moura-Leite et al., 2008.

Neste estudo, a maioria dos responsáveis relatou ter procurado atendimento odontológico para alívio da dor dentária da criança, seguida de um grande número que relatou ter medicado a criança com analgésicos. No estudo de Belo Horizonte, o resultado foi o contrário: a maioria dos pais medicou a criança com analgésicos (MOURA-LEITE et al., 2008). Em ambos os estudos, alguns responsáveis declararam não ter tomado nenhuma atitude para alívio da dor da criança. Esses aspectos são difíceis de avaliar, pois alguns pais podem ter respondido que tiveram condutas mais aceitáveis socialmente, embora tenham tido uma conduta diferente. Um estudo realizado em um serviço odontológico de urgência constatou que muitas crianças foram levadas para atendimento com queixas que haviam começado há mais de 30 dias (SHQAIR et al., 2012). A demora em procurar atendimento para alívio da situação clínica que leva à dor pode estar no fato dos pais demorarem a perceber a dor dentária até que ela interfira em algum aspecto cotidiano. A baixa valorização de questões relacionadas à saúde bucal no núcleo familiar e a oferta limitada de atendimento odontológico para crianças na rede pública do município também podem ter contribuído. Um estudo com crianças de 3 a 5 anos de idade concluiu que experiência de cárie e histórico de dor de dente tiveram impacto financeiro para as famílias, especialmente se houve complicações no quadro clínico, em decorrência de procura por tratamento tardio (RIBEIRO et al., 2016).

A associação entre o relato de dor ou desconforto dentário e pior percepção do responsável sobre a saúde bucal da criança está de acordo com estudo prévio cujo desfecho foi a percepção dos pais sobre a saúde bucal dos filhos. Concluiu-se que essa percepção é influenciada por condições clínicas com sintomas, como a cárie dentária com histórico de dor de dente, enquanto a percepção dos pais não foi influenciada por outros problemas bucais, como má oclusão ou traumatismo dentário (GOMES et al., 2015).

Maiores escores do DDQ-B foram associados à última consulta odontológica da criança por motivo de dor, conforme esperado. Um estudo realizado em um serviço odontológico de emergência constatou que 82% das crianças com média de idade de 7,8 anos foram levadas ao serviço por motivo de dor dentária, sendo que 79% estavam relacionadas a lesões de cárie dentária (SHQAIR et al., 2012). Outro estudo, que incluiu apenas os registros de crianças de até 6 anos de idade,

observou que 48% das crianças foram levadas ao serviço de emergência por motivo de dor (MACHADO et al., 2014).

No presente estudo, também houve associação entre o relato de dor e desconforto de origem dentária e a renda familiar mensal per capita. Essa associação se justifica pelo fato de que a doença cárie, diretamente relacionada com a presença de dor e desconforto de origem dentária, também apresenta como um de seus principais fatores modificadores o baixo nível socioeconômico familiar (FERREIRA-JÚNIOR et al., 2015; GOMES et al., 2015; BOEIRA et al., 2012).

Ao contrário do esperado, a prevalência de dor não apresentou associação com o número de moradores na casa. Essa associação é esperada porque geralmente há uma relação inversa entre o número de moradores na casa e a condição socioeconômica da família, como observado em outros estudos (FERREIRA-JÚNIOR et al., 2015; GOMES et al., 2015; SCHUCH et al., 2015).

A menor frequência diária de escovação dentária da criança também apresentou associação com o relato de dor dentária. Um estudo que avaliou se determinados indicadores de risco podem afetar a evolução dinâmica do processo de cárie concluiu que menor frequência de escovação dentária está envolvida na mudança de estado livre de cárie para diferentes estágios de lesões de cárie (CAGETTI et al., 2016).

O relato dos pais sobre a dor ou o desconforto dentário das crianças mostrou-se associado ao autorrelato de dor das crianças, avaliado através da Faces Pain Scale (FPS-R), sugerindo que as crianças conseguiram expressar a dor dentária com o uso desse instrumento. Porém, a FPS-R não é uma escala para autorrelato de dor exclusivamente odontológica, o que pode gerar certa confusão para a criança no momento da escolha da face, uma vez que o examinador não menciona “dentes” ou “boca” durante a aplicação do instrumento. Além disso, o DDQ-B contém perguntas sobre a ocorrência de comportamentos relacionados à dor, sem determinar algum período de tempo. O protocolo de aplicação da FPS-R, entretanto, inclui a referência ao momento atual. Portanto, enquanto um instrumento refere-se a um período de tempo maior, o outro refere-se ao momento em que a criança está respondendo. Outra limitação para a aplicação da FPS-R é a tendência de crianças pequenas escolherem os extremos da escala (TSZE et al., 2013; CHAMBERS et al., 2002; VON BAEYER et al., 2009).

As variáveis clínicas associadas com maiores escores do DDQ-B foram experiência de cárie, avaliada por meio do índice ceo-d; componente cariado do ceo-d e consequências clínicas das lesões de cárie não tratadas (pufa).

A associação entre presença de cárie dentária e dor já está bem estabelecida. Maior prevalência de dor dentária é observada entre as crianças com maior número de dentes cariados (BASTOS et al., 2008; SHQAIR et al., 2012; DAHER et al., 2014a). Diversos estudos apontam que as lesões de cárie não tratadas são o fator primário associado à dor de origem dentária e à necessidade de tratamento odontológico em pré-escolares (MACHRY et al., 2013; BOEIRA et al., 2012; NOMURA et al., 2004), além de serem o motivo mais comum para procura dos serviços odontológicos de emergência (SHQAIR et al., 2012). A maioria das intervenções realizadas em crianças de até 6 anos de idade em serviços odontológicos de emergência são procedimentos pulpares e restaurações temporárias (MACHADO et al., 2014). A prevalência de impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 2 a 5 anos de idade é praticamente três vezes maior para crianças com lesões de cárie, em comparação àquelas sem lesão de cárie (KRAMER et al., 2013).

Corroborando com os achados da prática clínica odontopediátrica, o presente estudo observou que, ao avaliar as consequências clínicas (pulpares) das lesões cariosas não tratadas em um modelo múltiplo, a prevalência de dor foi significativamente maior em crianças que apresentavam pelo menos um dente com envolvimento pulpar, ulceração por remanescentes radiculares, fístula ou abscesso, independentemente das demais variáveis. Esse resultado também foi observado por Moura-Leite et al., 2008. Os autores observaram que as condições clínicas odontológicas que provavelmente causaram dor foram cárie com envolvimento pulpar, fístula e remanescentes radiculares (MOURA-LEITE et al., 2008).

Além das condições patológicas, a dor de origem dentária pode estar relacionada a condições fisiológicas, como mobilidade fisiológica de dentes decíduos em decorrência do processo de esfoliação e o processo de erupção dos dentes permanentes (MOURA-LEITE et al., 2008). No caso das crianças da faixa etária estudada, os primeiros molares permanentes podem estar em processo de erupção. Na população estudada, as condições fisiológicas não apresentaram associação com o relato de dor ou desconforto dentário. Em estudo realizado em Belo Horizonte, 24,1% das crianças de 5 anos de idade apresentavam os primeiros

molares permanentes em processo de erupção (MOURA-LEITE et al., 2008), número maior que o observado neste estudo (11,2%), que incluiu também crianças de 4 anos de idade.

O relato dos pais sobre o comportamento das crianças como fator de definição da presença de dor ou desconforto de origem dentária pode ser uma referência imperfeita, o que pode ser considerada como uma limitação do presente estudo. Para minimizar essa limitação, foi utilizado um instrumento desenvolvido para a faixa etária estudada e validado para aplicação em crianças brasileiras (DDQ-B). Além disso, houve associação estatisticamente significativa entre o maior escore no relato de dor ou desconforto dentário e a presença de lesões de cárie, mostrando a confiabilidade dos resultados.

Os dados sociodemográficos desta pesquisa foram coletados por meio de um questionário enviado aos pais, o que também pode ser uma limitação do estudo, pois, apesar da garantia de que sua identidade não seria revelada, deve ser considerada a possibilidade de que alguns respondentes tenham se sentido compelidos a oferecer respostas dentro de um padrão que eles consideram o mais próximo do ideal, e não do que realmente acontece no contexto familiar.

Os resultados deste estudo podem ser extrapolados para crianças pré-escolares brasileiras de 4 e 5 anos de idade, uma vez que foi utilizada uma amostra populacional representativa. Entretanto, cada região apresenta diferentes características sociodemográficas e econômicas, além de estrutura de oferta de serviços públicos de saúde bucal distintas, sugerindo que a realização de outros estudos em populações diferentes possa trazer resultados e conclusões distintos. Portanto, sugere-se a realização de estudos multicêntricos.

Os resultados deste estudo podem indicar a possibilidade de utilização do DDQ-B para identificação das crianças pré-escolares que sofrem de dor ou desconforto de origem dentária. O questionário pode ser aplicado pelo odontopediatra, como ferramenta diagnóstica complementar ao relato da criança ou ao relato simples dos pais. O cirurgião-dentista generalista pode ter o DDQ-B como uma ferramenta que o auxilie a encaminhar uma criança para atendimento odontopediátrico resolutivo para as causas clínicas da dor. Ainda, o questionário pode ser aplicado por outros profissionais que tenham contato com a criança, como professores, médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, entre outros. O instrumento também pode ser utilizado em equipes multiprofissionais do Sistema Único de

Saúde (SUS) que trabalham nas equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) em visitas domiciliares e às escolas, para identificar crianças que estão sofrendo maiores níveis de dor, para o estabelecimento de prioridades. Estudos que comprovem a eficácia do DDQ-B nessas áreas devem ser estimulados.

5 CONCLUSÕES

O relato de dor ou desconforto de origem dentária em pré-escolares de 4 e 5 anos de idade foi alta. A prevalência do relato de dor e desconforto foi significativamente maior nas crianças que apresentavam dentes com consequências clínicas de lesões de cárie não tratada, bem como em crianças cujas famílias eram não nucleares e cujos responsáveis apresentavam menor escolaridade. Ainda, o relato parental de dor em pré-escolares apresentou-se associado com o autorrelato de dor das crianças.

Conclui-se ainda que dor ou desconforto de origem dentária em crianças tem impacto na rotina escolar e nas atividades diárias do responsável.

TABELA 1. PREVALÊNCIA DE DOR DENTÁRIA EM CRIANÇAS DE 6 MESES A 7 ANOS DE IDADE.

Ano	Autor	n	Local	Prevalência de dor	Faixa etária	Instrumento
2005	Versloot et al.	61	Amsterdã / Holanda	51%	30-59 meses	DDQ
2006	Versloot et al.	115	Amsterdã / Holanda	66%	0-60 meses	DDQ
2008	Moura-leite et al.	578	Belo Horizonte / MG	25%	60-72 meses	Questionário
2008	Bastos et al.	359	Pelotas / RS	39%	72-83 meses	Questionário
2009	Oliveira et al.	2.735	Recife / PE	9,1%	18-59 meses	Questionário
2009	Wandera et al.	816	Kampala / Uganda	3.1%	6-36 meses	ECOHIS modificado + questionário
2011	Shqair et al.	253	Pelotas / RS	82%	média 7,8 anos	Prontuário / emergência
2011	Costa et al.	160	Canadá	48%	até 83 meses	DDQ e FLACC
2011	Moura-leite et al.	549	Belo Horizonte / MG	25%	72-83 meses	Questionário
2012	Boeira et al.	1.129	Pelotas/RS	16.5%	72-83 meses	Questionário
2014	Machado et al.	1.108	Goiânia / GO	47.9%	até 72 meses	Prontuário / emergência
2014b	Daher et al.	263	Goiânia / GO	48.3%	25-60 meses	DDQ-B
2015	Gomes et al.	864	Campina Grande / PB	9.1%	36-60 meses	ECOHIS-B + questionário
2015	Ferreira-Júnior et al.	7.280	Capitais e cidades do interior do Brasil	22%	72-83 meses	Questionário

Nota: DDQ - Dental Discomfort Questionnaire;
 DDQ-B - Versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire;
 ECOHIS - Early Childhood Oral Health Impact Scale;
 ECOHIS-B - Versão brasileira da Early Childhood Oral Health Impact Scale;
 FLACC - Faces, legs, activity, cry, consolability pain assessment tool.

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA E MÉDIA DO ESCORE DO DDQ-B DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376).

Variável	DDQ-B média [IC 95%]
Gênero	
Feminino n = 188 (50,0%)	1,87 (1,56-2,19)
Masculino n = 188 (50,0%)	1,95 (1,65-2,24)
Idade em anos	
4 n = 157 (41,8%)	1,91 (1,60-2,22)
5 n = 219 (58,2%)	1,91 (1,61-2,21)
Responsável que respondeu o questionário	
Mãe n = 334 (90,3%)	1,85 (1,64-2,06)
Outros n = 36 (9,7%)	2,53 (1,45-3,60)
Número de moradores na casa	
2-5 n = 318 (84,6%)	1,88 (1,65-2,11)
≥ 6 n = 50 (13,6%)	2,10 (1,46-2,74)
Estrutura familiar	
Nuclear n = 263 (71,3%)	1,76 (1,51-2,00)
Não nuclear n = 106 (28,7%)	2,32 (1,87-2,77)
Renda mensal per capita	
≤ 1 salário mínimo n = 308 (83,2%)	1,97 (1,74-2,20)
> 1 salário mínimo n = 62 (16,8%)	1,58 (0,98-2,18)
Escolaridade do responsável	
2º grau completo n = 319 (86,7%)	2,03 (1,78-2,27)
3º grau (in)completo n = 49 (3,3%)	1,08 (0,73-1,43)
Trabalho do responsável	
Em casa n = 167 (45,8%)	2,09 (1,74-2,44)
Fora de casa n = 198 (54,2%)	1,80 (1,52-2,08)
Acesso da criança a serviço odontológico	
Sim n = 205 (56,2%)	2,00 (1,69-2,31)
Não n = 160 (43,8%)	1,75 (1,45-2,05)
Local de atendimento da criança	
Público n = 132 (64,4%)	2,22 (1,80-2,63)
Particular n = 73 (35,6%)	1,62 (1,18-2,05)
Motivo da última consulta odontológica da criança	
Preventiva n = 103 (50,5%)	1,32 (1,05-1,59)
Por motivo de dor n = 101 (49,5%)	2,73 (2,20-3,26)
Percepção do responsável sobre a saúde bucal da criança	
Boa n = 173 (50,7%)	1,32 (1,09-1,55)
Razoável ou ruim n = 168 (49,3%)	2,42 (2,04-2,79)
Frequência diária de escovação dentária	
Nenhuma / uma n = 56 (15,5%)	2,89 (2,23-3,56)
Duas ou mais n = 306 (84,5%)	1,71 (1,49-1,94)
FPS-R	
= 0 n = 152 (41,3%)	1,58 (1,30-1,86)
≥ 2 n = 216 (58,6%)	2,14 (1,83-2,46)

Nota: DDQ-B - versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire;
IC - Intervalo de confiança;
FPS-R - Faces Pain Scale – Revised.

TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA E MÉDIA DO ESCORE DO DDQ-B DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS CLÍNICAS. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376).

Variável	DDQ-B média [IC 95%]
ceo-d	
= 0 n = 160 (42,8%)	1,49 (1,20-1,78)
≥ 1 n = 214 (57,2%)	2,22 (1,92-2,53)
c do ceo-d	
= 0 n = 177 (47,3%)	1,50 (1,23-1,77)
≥ 1 n = 197 (52,4%)	2,28 (1,95-2,60)
pufa	
= 0 n = 308 (82,4%)	1,69 (1,48-1,91)
≥ 1 n = 66 (17,6%)	2,92 (2,25-3,59)
Mobilidade fisiológica em pelo menos um dente anterior	
Ausente n = 255 (68,2%)	1,81 (1,55-2,07)
Presente n = 119 (31,8%)	2,13 (1,73-2,53)
Primeiros molares em processo de erupção	
Ausente n = 332 (88,8%)	1,84 (1,62-2,07)
Presente n = 42 (11,2%)	2,45 (1,74-3,16)

Nota: DDQ-B – Versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire;

IC - Intervalo de confiança;

ceo-d – Índice de dentes decíduos cariados, extraídos ou com extração indicada e obturados;

c do ceo-d – Componente cariado do índice ceo-d;

pufa - Índice pulp involvement, ulceration due to trauma, fistula and abscess para dentes decíduos.

TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA E MÉDIA DO ESCORE DO DDQ-B DE ACORDO COM A INTERFERÊNCIA NA ROTINA ESCOLAR DA CRIANÇA E NAS ATIVIDADES DIÁRIAS DO RESPONSÁVEL. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376).

Variável	DDQ-B média [IC 95%]
Faltar à escola (criança)	
Não n = 66 (67,34%)	2,73 (2,18-3,28)
Sim n = 32 (32,65%)	4,13 (2,96-5,29)
Faltar ao trabalho (responsável)	
Não n = 70 (75,26%)	3,20 (2,57-3,83)
Sim n = 23 (24,73%)	3,87 (2,60-5,14)
Interromper tarefas domésticas (responsável)	
Não n = 36 (38,70%)	2,58 (1,66-3,51)
Sim n = 57 (61,29%)	3,86 (3,16-4,56)
Deixar de cuidar de outra criança (responsável)	
Não n = 86 (92,47%)	3,34 (2,74-3,93)
Sim n = 7 (7,52%)	3,71 (1,60-5,83)
Deixar de fazer outras atividades (responsável)	
Não n = 77 (82,79%)	3,32 (2,73-3,92)
Sim n = 16 (17,20%)	3,56 (1,84-5,28)
Impacto nas atividades diárias do responsável	
Não n = 11 (11,82%)	1,27 (0,27-2,27)
Sim n = 82 (88,17%)	3,65 (3,04-4,25)

Nota: DDQ-B - versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire;
IC - Intervalo de confiança.

TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS PARA CADA PERGUNTA DO DDQ-B. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376).

Perguntas do DDQ-B	Respostas n (%)		
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
A criança morde com os dentes de trás ao invés dos da frente?	189 (50,9%)	133 (35,8%)	49 (13,2%)
A criança joga fora (cospe) os doces logo depois de começar a comer?	305 (82,2%)	61 (16,4%)	5 (1,3%)
A criança começa a chorar durante as refeições?	327 (88,4%)	41 (11,1)	2 (0,5%)
A criança tem problemas para mastigar?	317 (85,7%)	46 (12,4%)	7 (1,9%)
A criança mastiga só de um lado?	239 (64,6%)	112 (30,3%)	19 (5,1%)
A criança leva a mão na bochecha de repente enquanto come?	318 (85,9%)	46 (12,4%)	6 (1,6%)
A criança começa a chorar de repente à noite enquanto dorme?	286 (77,3%)	76 (20,5%)	8 (2,2%)

Nota: DDQ-B - Versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire.

TABELA 6. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A CONDUTA DO RESPONSÁVEL QUANDO A CRIANÇA ESTAVA COM DOR. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376).

Conduta	n (%)
Procurou atendimento odontológico	49 (50,51%)
Deu remédio que tinha em casa	44 (45,36%)
Não fez nada para alívio da dor da criança	4 (4,12%)

TABELA 7. MODELO MULTIVARIADO DE POISSON: RAZÃO DE ESCORE BRUTO E AJUSTADO DO DDQ-B ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS DO ESTUDO. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376).

Variável	Razão de escore bruto (REb) [IC=95%]	P	Razão de escore ajustado (REa) [IC=95%]	P
Gênero		0,734	-	
Feminino	1			
Masculino	1,03 (0,82-1,30)			
Idade		0,986	-	
4	1			
5	0,99 (0,79-1,24)			
Responsável que respondeu o questionário		0,148	-	
Mãe	1			
Outros	1,36 (0,89-2,07)			
Número de moradores na casa		0,501	-	
2-5	1			
≥ 6	1,11 (0,81-1,53)			
Estrutura familiar		0,001		0,042
Nuclear	1		1	
Não nuclear	1,31 (1,04-1,66)		1,33 (1,01-1,76)	
Renda mensal per capita		0,259	-	
≤ 1 salário mínimo	1,24 (0,84-1,83)			
> 1 salário mínimo	1			
Escolaridade do responsável		<0,001		<0,001
2º grau completo	1,89 (1,34-2,60)		2,43 (1,66-3,55)	
3º grau (in)completo	1		1	
Trabalho do responsável		0,197	-	
Em casa	1			
Fora de casa	1,16 (0,92-1,45)			
Acesso da criança a serviço odontológico		0,255	-	
Sim	1			
Não	1,14 (0,90 - 1,41)			
Local de atendimento da criança		0,054	-	

Público Particular	1 1,37 (0,99 - 1,88)			
Motivo da última consulta odontológica da criança		<0,001		0,009
Preventiva	1		1	
Por motivo de dor	2,06 (1,56 - 2,72)		1,59 (1,19-2,12)	
Percepção do responsável sobre a saúde bucal da criança		<0,001		0,012
Boa	1		1	
Razoável ou ruim	1,83 (1,45- 2,30)		1,47 (1,08 - 2,00)	
Frequência de escovação		<0,001		0,025
Nenhuma / uma	1,68 (1,30 - 2,18)		1,38 (1,04 - 1,85)	
Duas ou mais	1		1	
FPS-R		0,008	-	
= 0	1			
≥ 1	1,35 (1,08 - 1,70)			
ceo-d		0,001	-	
= 0	1			
≥ 1	1,49 (1,17 - 1,88)			
c do ceo-d		<0,001	-	
= 0	1			
≥ 1	1,51 (1,20 - 1,91)			
pufa		<0,001		0,031
= 0	1		1	
≥ 1	1,72 (1,33 - 2,23)		1,37 (1,02 - 1,84)	
Mobilidade fisiológica em pelo menos um dente anterior		0,172	-	
Ausente	1			
Presente	1,17 (0,93 -1,48)			
Primeiros molares em processo de erupção		0,068	-	
Ausente	1			
Presente	1,32 (0,97 - 1,80)			

Nota: Razão de Escore ajustado calculado por meio da análise múltipla de Poisson considerando as variáveis independentes cujo valor de $P < 0,20$. Permaneceram no modelo múltiplo as variáveis que permaneceram significantes.

ceo-d – Índice de dentes decíduos cariados, extraídos ou com extração indicada e obturados;

c do ceo-d – Componente cariado do índice ceo-d;

DDQ-B - Versão brasileira do Dental Discomfort Questionnaire;

IC - Intervalo de confiança;

FPS-R - Faces Pain Scale – Revised;

pufa - Índice pulp involvement, ulceration due to trauma, fistula and abcess para dentes decíduos.

TABELA 8. MODELO MULTIVARIADO DE POISSON: RAZÃO DE ESCORE BRUTO E AJUSTADO DO DDQ-B NA ROTINA ESCOLAR DA CRIANÇA E NAS ATIVIDADES DIÁRIAS DO RESPONSÁVEL. CAMPO MAGRO / PR, BRASIL, 2017 (N=376).

Variável	Razão de escore bruto (REb) [IC=95%]	P	Razão de escore ajustado (REa) [IC=95%]	P
Faltar à escola				
Não	1	0,015	1	0,064
Sim	1,51 (1,08 - 2,11)		1,35 (0,98 - 1,88)	
Faltar ao trabalho				
Não	1	0,302	-	
Sim	1,20 (0,84 - 1,73)			
Interromper tarefas domésticas				
Não	1	0,041	-	
Sim	1,49 (1,01 - 2,19)			
Deixar de cuidar de outra criança				
Não	1	0,648	-	
Sim	1,11 (0,70 - 1,76)			
Deixar de fazer outras atividades				
Não	1	0,501	-	
Sim	1,07 (0,67 - 1,70)			
Impacto nas atividades diárias do responsável				
Não	1	0,003	1	0,009
Sim	2,87 (1,44 - 5,66)		2,57 (1,27 - 5,20)	

Nota: Razão de Escore computado por meio da análise de Regressão Poisson. Razão de Escore ajustado calculado por meio da análise múltipla de Poisson considerando as variáveis independentes cujo valor de $P < 0,20$.

IC - Intervalo de confiança.

REFERÊNCIAS

- ALAKI, S. M.; BAKRY N. S. Dental pain in children with intellectual disabilities: caregiver's perspective. **Int J Dent**, 2012.
- BAIER, K. et al. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. **Pediatr Dent**, v. 4, p. 316-21, 2004.
- BARRÊTTO, E. R. et al. Validation of a child dental pain questionnaire instrument for the self-reporting of toothache in Children. **Pediatr Dent**, v. 33, n. 3, p. 228-32, 2011.
- BASTOS, J. L. et al. Toothache prevalence and associated factors: a life course study from birth to age 12 yr. **Eur J Oral Sci**, v. 116, p. 458-66, 2008.
- BOEIRA, G. F. et al. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. **Caries Res**, v. 46, p. 488-95, 2012.
- CAGETTI, M. G. et al. Are distinctive risk indicators associated with different stage of caries in children? A cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 16, 2016.
- CASTILHO, A. R. F. et al. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **J Pediatr**, v. 89, n. 2, p. 116-23, 2013.
- CHAMBERS, C. T.; JOHNSTON, C. Developmental differences in children's use of rating scales. **J Pediatr Psychol**, v. 27, n. 1, p. 27-36, 2002.
- CLEMENTINO, M. A. et al. Perceived impact of dental pain on the quality of life of preschool children and their families. **PLoS One**, v. 16, n. 10, 2015.
- COHEN, L. L. et al. Evidence-based assessment of pediatric pain. **J Pediatr Psychol**, v. 33, n. 9, p. 939-55, 2008.
- COSTA, L. R. et al. Factors related to postoperative discomfort in young children following dental rehabilitation under general anesthesia. **Pediatr Dent**, v. 33, n. 4, p. 321-6, 2011.
- DAHER, A. et al. Screening preschool children with toothache: validation of the Brazilian version of the Dental Discomfort Questionnaire. **Health Qual Life Outcomes**, v. 12, n. 30, 2014a.
- DAHER, A. et al. The cross-cultural process of adapting observational tools for pediatric pain assessment: the case of the Dental Discomfort Questionnaire. **BMC Res Notes**, v. 7, n. 897, 2014b.
- DAHER, A.; ABREU, M. H. N. G.; COSTA, L. R. Recognizing preschool children with primary teeth needing dental treatment because of caries-related toothache. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 43, p. 298-307, 2015.

FEITOSA, S.; COLARES, V.; PINKHAM, J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1550-6, 2005.

FERREIRA-JÚNIOR, O. M. et al. Contextual and individual determinants of dental pain in preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 43, n. 4, p. 349-56, 2015.

FINLAYSON, T. L. et al. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, p. 272-81, 2007.

FOSTER, R. L. What a pilot study is and what it is not. **Pediatric Nursing**, v. 18, n. 1, p. 1-2, 2013.

GOMES, M. C. et al. Parental perceptions of oral health status in preschool children and associated factors. **Br Dental J**, v. 26, n. 4, p. 428-34, 2015.

HICKS, C. L. et al. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric measurement. **Pain**, v. 93, n. 2, p.173-83, 2001.

HOWARD, R. et al. Association of paediatric anaesthetists of Great Britain and Ireland: pain assessment. **Paediatr Anaesth**, v. 18, p. 14-8, 2008.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). Faces Pain Scale-Revised. Washington, DC: International Association for the Study of Pain (IASP). Disponível em: www.iasp-pain.org. Acesso em 13 de maio de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410425&idtema=118&search=parana|campo-magro|C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm>. Acesso em: 13 de maio de 2017.

KIWANUKA, S. N. et al. Self-reported dental pain and associated factors in Ugandan schoolchildren. **Norsk Epidemiol**, v. 15, n. 2, p. 175-82, 2005.

KRAMER, P. F. et al. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 4, n. 41, p. 327-35, 2013.

KREKMANOVA, L. et al. Perceived oral discomfort and pain in children and adolescents with intellectual or physical disabilities as reported by their legal guardians. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 17, n. 4, p. 223-30, 2016.

LACERDA, J. T.; BEM PEREIRA, M.; TRAEBERT, J. Dental pain in Brazilian schoolchildren: a cross-sectional study. **Int J Paediatr Dent**, v. 23, p. 131-7, 2013.

MACHADO, G. C. M.; DAHER, A.; COSTA, L. R. Factors associated with no dental treatment in preschoolers with toothache: a cross-sectional study in outpatient public emergency services. **Int J Environ Res Public Health**, v. 11, p. 8058-60, 2014.

- MACHRY, R. V. et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. **BMC Oral Health**, v. 13, n. 60, 2013.
- MONSE, B. et al. PUFA – An index of clinical consequences of untreated dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 38, n. 1, p. 77-82, 2010.
- MOURA-LEITE, F. R. et al. Prevalence, intensity and impact of dental pain in 5-year-old preschool children. **Oral Health Prev Dent**, v. 6, n. 4, 2008.
- MOURA-LEITE, F. R. et al. Impact of dental pain on daily living of five-year-old Brazilian preschool children: prevalence and associated factors. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 12, n. 6, p. 293-7, 2011.
- NOMURA, L. H.; BASTOS, J. L. D.; PERES, M. A. Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in school children, Southern Brazil, 2002. **Braz Oral Res**, v. 18, n. 2, p. 143-50, 2004.
- OLIVEIRA, M. M. T.; COLARES, V. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco state, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 743-50, 2009.
- Prefeitura Municipal de Campo Magro. Disponível em: <http://www.campomagro.pr.gov.br/nosso-municipio/>. Acesso em: 25 de maio de 2017.
- RIBEIRO, G. L. et al. The potential financial impact of oral health problems in the families of preschool children. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 4, p. 1217-26, 2016.
- SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. 1 ed., 2012.
- SCHUCH, H. S. et al. Perceived dental pain: determinants and impact on Brazilian schoolchildren. **J Oral Facial Pain Headache**, v. 29, n. 2, p. 168-76, 2015.
- SHQAIR, A. Q. et al. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. **Braz Oral Res**, v. 26, n. 1, p. 50-6, 2012.
- TSZE, D. S. et al. Validation of self-report pain scales in children. **Pediatrics**, v. 132, n. 4, 2013.
- VERSLOOT, J.; CRAIG, K. D. The communication of pain in Paediatric Dentistry. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 10, n. 2, p. 61-6, 2009.
- VERSLOOT, J.; HALL-SCULLIN, E.; VEERKAMP, J. S.; FREEMAN, R. Dental Discomfort Questionnaire: its use with children with a learning disability. **Spec Care Dent**, v. 28, n. 4, p. 140-4, 2008.
- VERSLOOT, J.; VEERKAMP, J. S. J.; HOOGSTRATEN, J. Dental Discomfort Questionnaire: assessment of dental discomfort and/or pain in very young children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 34, p. 47-52, 2006.

VERSLOOT, J.; VEERKAMP, J. S. J.; HOOGSTRATEN, J. Dental Discomfort Questionnaire for young children before and after treatment. **Acta Odontol Scand**, v. 63, p. 367-70, 2005.

VERSLOOT, J.; VEERKAMP, J. S. J.; HOOGSTRATEN, J. Dental Discomfort Questionnaire for young children following full mouth rehabilitation under general anesthesia: a follow-up report. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 7, n. 3, p. 126-9, 2006.

VON BAYER, C. L. et al. Can we screen young children for their ability to provide accurate self-reports of pain? **Pain**, v. 152, p. 1327-33, 2011.

VON BAEYER, C. L.; FORSYTH, S. J.; STANFORD, E. A. Response biases in preschool children's ratings of pain in hypothetical situations. **Eur J Pain**, v. 13, n. 2, p. 209-13, 2009.

VON BAEYER, C. L.; SPAGRUD, L. J. Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. **Pain**, v. 127, p. 140-50, 2007.

WANDERA, M. et al. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: a study of 6- to 36-month-olds in Uganda. **Int J Paediatr Dent**, v. 19, p. 251-62, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oral health surveys: basic methods**. 5 ed. Geneva: ORH/EPID, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, José Vitor Nogara Borges de Menezes e Patricia Kochany Felipak – professor e aluna da pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Paraná – estamos convidando VOCÊ pai / mãe / responsável e SEU(SUA) FILHO(A) a participar de um estudo intitulado “Relato de dor e desconforto de origem dentária em pré-escolares e principais fatores associados”. Este estudo é muito importante para que possamos avaliar a dor de dente em crianças pré-escolares e a relação da dor com cárie, ansiedade e o contexto em que as crianças estão inseridas. Os objetivos desta pesquisa são investigarmos a percepção dos pais / responsáveis sobre dor dentária ou desconforto em crianças pré-escolares matriculadas em centros municipais de educação infantil (CMEIs) e escolas do município de Campo Magro - PR, e seus fatores associados.

Caso você aceite participar da pesquisa e aceite que seu(sua) filho(a) participe da pesquisa, será necessário preencher um questionário, que contém algumas perguntas sobre a saúde do(a) seu(sua) filho(a). Nós também faremos um exame clínico odontológico (avaliação dos dentes) do(a) seu(sua) filho(a), com a finalidade de verificar a condição de saúde bucal dele(dela). A pesquisa será realizada no CMEI / escola onde seu(sua) filho(a) estuda. O tempo aproximado para responder ao questionário é de 10 minutos, e o exame clínico da criança demora aproximadamente de 5 a 10 minutos. É possível que seu(sua) filho(a) experimente algum desconforto, como em qualquer exame odontológico de rotina, não apresentando nenhuma consequência para a saúde dele(dela). Se a criança se mostrar contrária à realização do exame clínico, este será interrompido imediatamente. Também é possível que você experimente algum constrangimento ao responder ao questionário. Para minimizar este constrangimento, reservamos um local individual para que você possa preenchê-lo. Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: se(sua) filho(a) manifestar-se contrário(a) ao exame clínico e que você experimente algum constrangimento ao preencher o questionário. Estes riscos serão minimizados pelos pesquisadores. No caso de seu(sua) filho(a) apresentar alguma alteração na boca que indique tratamento, você será informado(a) e orientado(a) a levar seu(sua) filho(a) para buscar atendimento nas clínicas de Odontologia da Universidade Federal do Paraná. Os benefícios esperados com essa pesquisa são a melhor compreensão dos comportamentos relacionados à dor de dente em crianças pré-escolares. Assim, esta avaliação do comportamento pode ser útil para orientar a procura por atendimento e para que o quadro não se agrave. Nem sempre o(a) seu(sua) filho(a) será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas vocês poderão contribuir para o avanço científico.

Responsável legal pelo participante da pesquisa _____

Pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Orientador _____

Os pesquisadores responsáveis por este estudo (José Vitor Nogara Borges de Menezes e Patricia Kochany Felipak) poderão ser localizados no Campus Botânico da Universidade Federal do Paraná (Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba/PR, CEP 80210-170) ou pelo e-mail: jvmenezes@gmail.com e/ou patriciakochany@ufpr.br, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter

e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Também será possível o contato pelo telefone (41) 3360-4025, no horário entre 8:00 e 17:00 horas de segunda a sexta-feira.

A sua participação e de seu(sua) filho(a) neste estudo é voluntária, e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (professor orientador e aluna). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. O material obtido – questionários e ficha do exame clínico odontológico – será utilizado unicamente para esta pesquisa e será incinerado após 03 anos do término do estudo. As despesas necessárias para a realização da pesquisa (papel, caneta, máscara e luvas) não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome nem o nome do(a) seu(sua) filho(a), e sim um código. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41)3360-7259.

Eu, _____, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual EU concordei em participar. Eu também concordo com a participação DO(A) MEU FILHO(A) _____ neste estudo. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper MINHA participação e a participação do(a) MEU FILHO(A) a qualquer momento, sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu filho(a). EU concordo voluntariamente em participar deste estudo e consinto a participação voluntária do(a) meu FILHO(A).

Curitiba, ____ de _____ de ____.

Assinatura do pai / responsável participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Para completar os dados da pesquisa, precisamos que você responda às questões abaixo. Não existe resposta certa ou errada, mas a resposta verdadeira é muito importante para que se conheça a realidade das crianças (marque um X).

1- Qual a sua relação com a criança?

- Mãe
 Pai
 Outro: _____

2- A criança mora com a mãe e o pai biológicos?

- Sim
 Não, apenas com a mãe biológica
 Não, apenas com o pai biológico
 Não mora com nenhum dos pais biológicos

3- Quantas pessoas moram na mesma casa da criança (número total de moradores)? _____

4- Qual é a renda mensal da sua casa? R\$ _____ (reais)

(Incluir o total da casa: salários mínimos, Bolsa Família, Seguro desemprego e “bicos” de todos os moradores da sua casa.)

5- VOCÊ trabalha:

- Em casa Fora de casa

6- VOCÊ estudou até qual série?

- Não estudou
 Primário(1ª a 4ª série) incompleto
 Primário (1ª a 4ª série) completo
 Ginásial (5ª a 8ª série) incompleto
 Ginásial (5ª a 8ª série) completo
 Colegial (ensino médio) incompleto
 Colegial (ensino médio) completo
 Superior (faculdade) incompleto
 Superior (faculdade) completo

7- Mãe/ pai ou responsável, quando foi a SUA última visita ao dentista?

- Há menos de 1 mês
 De 1 a 6 meses
 De 6 meses a 1 ano
 Há mais de 1 ano
 Nunca foi
 Não lembra

8- Por que VOCÊ (pai/mãe/responsável) procurou o dentista pela última vez?

- Para consulta preventiva
 Para resolver algum problema ou dor
 Nunca foi ao dentista

9- Mãe/ pai ou responsável como você considera a situação da saúde de SUA boca e de seus dentes?

- Boa
- Razoável
- Ruim

10- VOCÊ (pai/mãe/responsável) teve dor de dentes nos últimos 6 meses?

- Sim
- Não

11- Se VOCÊ tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?

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

12- Quando VOCÊ está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?

- Relaxado
- Meio desconfortável
- Tenso
- Ansioso
- Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

13- Quando VOCÊ está na cadeira odontológica esperando o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sente?

- Relaxado
- Meio desconfortável
- Tenso
- Ansioso
- Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

14- Você está na cadeira odontológica. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos para raspar os seus dentes (perto da gengiva), como você se sente?

- Relaxado
- Meio desconfortável
- Tenso
- Ansioso
- Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

15- Seu FILHO(A) já foi ao dentista alguma vez?

- Sim
- Não

16- Se sim, onde?

- Serviço público
- Serviço particular
- Nunca foi ao dentista

17- Por que você levou seu FILHO(A) ao dentista?

- Para consulta preventiva
- Para resolver algum problema ou dor
- Nunca foi ao dentista

18- Você acha que o seu FILHO(A) tem medo de ir ao dentista?

- Não tem medo
- Um pouco de medo
- Tem medo
- Sim, muito medo

19- O que você acha da saúde bucal do seu FILHO(A)?

- Ruim
- Razoável
- Boa
- Não sei

20- Você escova os dentes do seu FILHO(A) quantas vezes por dia?

- Nenhuma
- Uma
- Duas
- Mais de duas

21- O seu FILHO(A) já teve dor de dente?

- Sim
- Não

22- Você fez alguma coisa para o aliviar a dor de dente do seu FILHO(A)?

- Não
- Sim, dei um remédio que tinha em casa
- Sim, levei ao dentista
- Nunca teve dor de dente

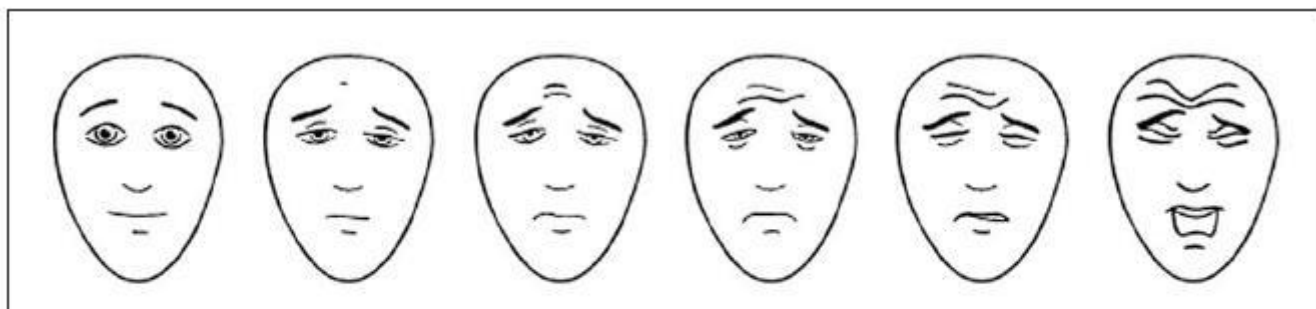
23- Seu FILHO(A) já faltou à escola / CMEI porque estava com dor de dente?

- Sim
- Não

24- O que VOCÊ já parou de fazer para estar com seu filho(a) que estava com dor de dente? Pode marcar mais de uma opção.

- Faltei ao trabalho
- Parei de fazer tarefas domésticas
- Deixei de cuidar de outra criança
- Outras atividades
- Não deixei de fazer nenhuma atividade
- Meu filho(a) nunca teve dor de dente

APÊNDICE 4 – FACES PAIN SCALE (FPS-R)



Instruções: "Essas faces mostram o quanto algo pode provocar dor. Esta face (aponte para a face mais à esquerda) não expressa dor alguma. As faces mostram cada vez mais dor (aponte para cada uma da esquerda para a direita) até esta (face mais à direita) – esta expressa muita dor. Aponte para a face que expressa quanta dor você sente (neste momento)".

Figure 1 - Final Version of the FPS-R in Portuguese

APÊNDICE 5 – FICHA CLÍNICA



Data: ___/___/___ Escola: _____ Turna: _____ Nº _____
 Nome: _____ Idade: _____ Gênero: Raça () Branca () Negra () Asiática () Indígena
 Examinador: _____ Anotador: _____

	16	55	54	53	52	51		61	62	63	64	65	26
ccs-d / CPO-D													
pufa / PUFA													
DDE													
NIH													
Mobilidade Fisiológica													
Erupcionando													
Erupcionando													
Mobilidade Fisiológica													
NIH													
DDE													
pufa / PUFA													
ccs-d / CPO-D													
	46	85	84	83	82	81		71	72	73	74	75	36

<p>Importe de class</p> <p>000 010 1. alérgico 2. canabido 3. rrr - class 4. rrr - rrr class 5. rrr class 6. rrr class 7. rrr class 8. rrr class 9. rrr class 10. rrr class 11. rrr class 12. rrr class 13. rrr class 14. rrr class 15. rrr class 16. rrr class 17. rrr class 18. rrr class 19. rrr class 20. rrr class</p>	<p>pufa / pufa</p> <p>1. rrr class 2. rrr class 3. rrr class 4. rrr class 5. rrr class 6. rrr class 7. rrr class 8. rrr class 9. rrr class 10. rrr class 11. rrr class 12. rrr class 13. rrr class 14. rrr class 15. rrr class 16. rrr class 17. rrr class 18. rrr class 19. rrr class 20. rrr class</p>	<p>000</p> <p>1. rrr class 2. rrr class 3. rrr class 4. rrr class 5. rrr class 6. rrr class 7. rrr class 8. rrr class 9. rrr class 10. rrr class 11. rrr class 12. rrr class 13. rrr class 14. rrr class 15. rrr class 16. rrr class 17. rrr class 18. rrr class 19. rrr class 20. rrr class</p>	
<p>1- rrr class</p> <p>2- rrr class</p> <p>3- rrr class</p> <p>4- rrr class</p>	<p>1- rrr class</p> <p>2- rrr class</p> <p>3- rrr class</p> <p>4- rrr class</p>	<p>1- rrr class</p> <p>2- rrr class</p> <p>3- rrr class</p> <p>4- rrr class</p>	
c	e	o	cpo-d
c	p	o	cpo-d

APÊNDICE 6 – COMUNICAÇÃO ESCRITA ENVIADA AOS PAIS / RESPONSÁVEIS APÓS O EXAME CLÍNICOS DAS CRIANÇAS



Prezados pais,

Agradecemos sua participação na nossa pesquisa. Seu filho _____ foi examinado por uma dentista no dia ____/____/____ e foi constatada a presença de dentes com cárie. Vocês podem procurar atendimento odontológico em alguma unidade de saúde de Campo Magro ou no curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná.

Campus Botânico da UFPR – Av. Prof. Lothario Meissner, 632. Jd Botânico, Curitiba / PR. CEP 80210-170. Telefone: 3360-4030.

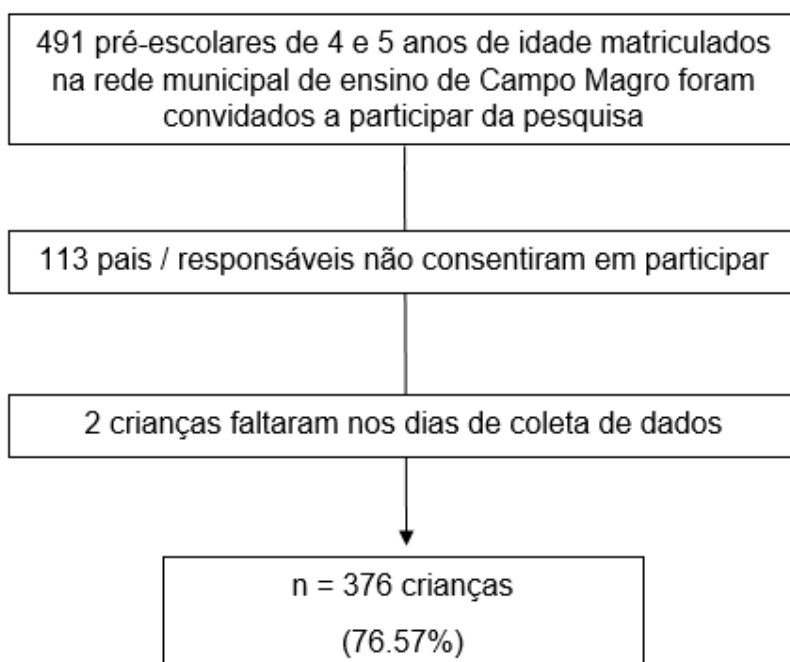
Atenciosamente,
Profº Dr. José Vitor N. B. Menezes
Odontopediatria UFPR



Prezados pais,

Agradecemos sua participação na nossa pesquisa. Sua filha _____ foi examinada por um dentista no dia ____/____/____ e não foi constatada presença de cárie. Parabenizamos a família e nos colocamos à disposição para quaisquer dúvidas.

Atenciosamente,
Profº Dr. José Vitor N. B. Menezes
Odontopediatria UFPR

APÊNDICE 7 – FLUXOGRAMA DO NÚMERO DE PARTICIPANTES DA PESQUISA

ANEXO 1 – PARECER DA APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relato de dor e desconforto de origem dentária em pré-escolares e principais fatores associados.

Pesquisador: José Vitor Nogara Borges de Menezes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53221016.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.421.479

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa , tem como Responsável Principal José Vitor Nogara Borges de Menezes e como colaboradora Patrícia Kochany Felipak ,

O auto-relato é o modo mais confiável de avaliação de dor, visto que esta é uma experiência subjetiva. Assim, avaliar dor ou desconforto na primeira infância é um desafio para os pais / responsáveis, bem como para os profissionais envolvidos: professores, médicos, cirurgiões-dentistas, pois a imaturidade cognitiva das crianças compromete o auto-relato. Assim, uma alternativa é direcionar essa avaliação aos pais, por meio de instrumentos que avaliem comportamentos relacionados à dor . Existem instrumentos observacionais que tem como objetivo identificar comportamentos relacionados à dor já validados para o português brasileiro e aplicados em alguns estudos, a exemplo do Dental Discomfort Questionnaire versão brasileira (DDQ-B). O DDQ é um instrumento validado para crianças de 2 até 5 anos de idade. As evidências científicas apontam que a principal causa de dor dentária nesta faixa etária são as lesões de cárie, cuja prevalência ainda é bastante alta em vários países, incluindo o Brasil.

Critério de Inclusão:

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênia
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Tipo ↕	CAAE ↕	Versão ↕	Pesquisador Responsável ↕	Comitê de Ética ↕	Instituição ↕	Origem ↕	Última Apreciação ↕	Situação ↕	Ação
P	53221016.0.0000.0102	3	José Vitor Nogaara Borges de Menezes	102 - UFPR - Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná - SCS/UFPR	Programa de Pós-Graduação em Odontologia	PO	E1	Aprovado	

LEGENDA:

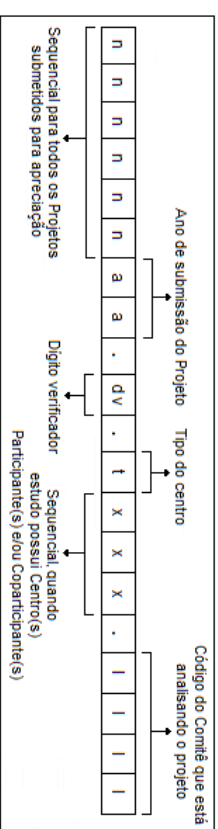
(1) Tipo

P = Projeto de Centro Coordenador

Pp = Projeto de Centro Participante

Pc = Projeto de Centro Coparticipante

(2) Formação do CAAE



(3) Origem / Última Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador

Pop = Projeto Original de Centro Participante

Poc = Projeto Original de Centro Coparticipante

E = Emenda de Centro Coordenador

Ep = Emenda de Centro Participante

Ec = Emenda de Centro Coparticipante

N = Notificação de Centro Coordenador

Np = Notificação de Centro Participante

(4) Lista de Projetos de Pesquisa

-A exibição da ação  indica que existem uma ou mais emendas em fila, ou seja, que aguardam apreciação.

ANEXO 2 – ÍNDICE CPO-D/ceo-d (WHO, 2013)



World Health Organization Oral Health Assessment Form for Adults, 2013

Leave blank	Year	Month	Day	Identification No.	Orig/Dupl	Examiner																									
(1) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (4)	(5) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (10)	(11) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (14)	(15) <input type="text"/> <input type="text"/> (16)	(17) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (20)	(21) <input type="text"/> <input type="text"/> (22)	(23) <input type="text"/> <input type="text"/> (24)																									
General information:				Sex 1=M, 2=F	Date of birth	Age in years																									
Name _____ (25)				(18) <input type="text"/> (19) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (24)	(25) <input type="text"/> <input type="text"/> (26)																										
Ethnic group (27) <input type="text"/> <input type="text"/> (28)		Other group (29) <input type="text"/> <input type="text"/> (30)		Years in school (31) <input type="text"/> <input type="text"/> (32)	Occupation <input type="text"/> (33)																										
Community (geographical location) (34) <input type="text"/> <input type="text"/> (35)			Location Urban (1) Periurban (2) Rural (3) <input type="text"/> (36)																												
Other data _____ (37) <input type="text"/> <input type="text"/> (38)			Other data _____ (39) <input type="text"/> <input type="text"/> (40)																												
Other data _____ (41) <input type="text"/> <input type="text"/> (42)			Extra-oral examination _____ (43) <input type="text"/> <input type="text"/> (44)																												
Dentition status						Permanent teeth																									
						Status																									
						0 = Sound																									
						1 = Caries																									
						2 = Filled w/caries																									
						3 = Filled, no caries																									
						4 = Missing due to caries																									
						5 = Missing for any other reason																									
						6 = Fissure sealant																									
						7 = Fixed dental prosthesis/crown abutment, veneer, implant																									
						8 = Unerupted																									
						9 = Not recorded																									
28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0			
Crown (45)																															(60)
Root (61)																															(76)
Crown (77)																															(92)
Root (93)																															(108)
48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19		

Table 2. Coding the dentition status – primary and permanent teeth

	Code		Condition/status
	Primary teeth	Permanent teeth	
	Crown	Crown Root	
A	0	0	Sound
B	1	1	Caries
C	2	2	Filled, with caries
D	3	3	Filled, no caries
E	4	–	Missing due to caries
–	5	–	Missing for any other reason
F	6	–	Fissure sealant
G	7	7	Fixed dental prosthesis abutment, special crown or veneer/implant
–	8	8	Unerupted tooth (crown)/unexposed root
–	9	9	Not recorded

ANEXO 3 – ÍNDICE PUFA/pufa (MONSE et al., 2015)

P / p	Envolvimento pulpar
U / u	Ulceração
F / f	Fístula
A / a	Abscesso

