

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO MEDO ODONTOLÓGICO EM CRIANÇAS ESCOLARES DE 8 A 12 ANOS DE IDADE

ETHIELI RODRIGUES DA SILVEIRA¹; MARÍLIA LEÃO GOETTEMS²; FLÁVIO FERNANDO DEMARCO³; MARINA SOUSA AZEVEDO⁴

¹ Faculdade de Odontologia / UFPel – ethieli@yahoo.com.br

² Faculdade de Odontologia / UFPel – mariliagoettems@hotmail.com

³ Faculdade de Odontologia / UFPel – ffdemarco@gmail.com

⁴Faculdade de Odontologia / UFPel - marinazazevedo@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O medo odontológico é um acontecimento de grande relevância para a Odontologia, mas é especialmente importante para Odontopediatria, área que preocupa-se sobremaneira com o bem-estar do paciente e depende de sua colaboração durante a execução dos procedimentos (TORRIANI et al., 2014). A prevalência do medo odontológico é altamente variável, podendo haver desde 6,1% (OLAK et al., 2013) até aproximadamente 40% (COLARES et al., 2013) das crianças experimentando algum nível de medo ou ansiedade que dificultam a realização do tratamento odontológico.

A minimização da ansiedade e medo deve ser foco da atenção do cirurgião dentista, (PANDA, 2013), considerando-se que o manejo incorreto destes sentimentos pode causar, além do baixo nível de cooperação, a desistência do tratamento (ARMFIELD, 2013). Logo é indispensável que os dentistas sejam capazes de reconhecer e manejar corretamente os pacientes mais temerosos, buscando promover uma relação mais tranquila e saudável entre a equipe odontológica e o paciente (PANDA, 2013).

Estudos abordando o medo odontológico e fatores associados são escassos na literatura, especialmente com crianças na faixa etária escolar. Considerando-se que o medo e a ansiedade mostram-se associados com uma saúde bucal inadequada, dificultam o atendimento odontológico e afetam a qualidade de vida da criança é de suma importância aprofundar os conhecimentos que estão relacionados aos elementos envolvidos na gênese e manutenção destes sentimentos (CREGO et al., 2013).

2. METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo transversal, de base escolar, tendo sido realizado em crianças de 8 a 12 anos de idade matriculadas em escolas públicas e privadas da cidade de Pelotas. A amostragem foi obtida através da técnica de conglomerado em duplo estágio, sendo as escolas as unidades primárias e os alunos as unidades de segundo estágio.

Os dados foram coletados através de um questionário com os pais para obter informações sociodemográficas e história de saúde bucal das crianças; entrevistas e exame clínico bucal das crianças. O medo odontológico das crianças foi avaliado através da DAQ (*Dental Anxiety Question*): "Você tem medo de ir ao dentista?". As respostas possíveis eram "não", "um pouco", "sim, bastante" e "sim, muito". Os participantes que responderam "um pouco", "sim, bastante" e "sim, muito" foram consideradas como tendo medo de dentista (COLARES et al, 2013).

O exame clínico foi realizado por seis dentistas previamente treinados e calibrados, avaliando presença de cárie (CPOD/ceod) e sangramento (ISG).

Os dados foram analisados usando o software Stata versão 10.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, EUA). As associações entre o medo dental e variáveis independentes foi estada através de análise bivariada (χ^2 e exato de Fisher para as variáveis categóricas e χ^2 de tendência linear para variáveis ordinais) e análise multivariada (regressão de Poisson com variância robusta), estimando-se as razões de prevalência e os seus intervalos de confiança de 95%.

As variáveis que tinham $p \leq 0.25$ na análise bruta foram introduzidas na análise multivariada. Um modelo conceitual de ajuste para possíveis fatores de confusão foi desenvolvido para a análise multivariada.

O Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas aprovou este estudo (160/2010). Os pais assinaram um termo de consentimento para a participação dos filhos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total, 1.202 crianças foram examinadas e responderam ao questionário. O medo de dentista foi referido por 296 (24,6%) crianças.

As análises bruta e ajustada da associação entre o medo e as variáveis independentes são apresentados na tabela 1. Após o ajuste, as meninas mantiveram-se mais propensas a ter medo de dentista [RP = 1,71 (IC95%: 1,31-2,22)]. Uma maior prevalência de medo foi encontrada entre as famílias mais pobres [RP = 1,96 (IC95%: 1,36-2,83)]. As crianças que apresentaram dentes cariados [RP = 1,32 (IC95%: 1,01-1,72) e que nunca tinha visitado o dentista [RP = 1,85 (IC95%: 1,42-2,41) também foram mais propensas a ter medo.

Tabela 1. Associação entre o medo dental e as variáveis independentes de acordo com o modelo conceitual adotado (regressão de Poisson, razões de prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95% entre parênteses)

| Variáveis | RP ^c | (95% IC) | P | RP ^a (95% IC) | P |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|-------|--------------------------|-------|
| Bloco 1: Variáveis socioeconômicas e demográficas da família e das crianças | | | | | |
| Sexo | | | <.001 | | <.001 |
| Masculino | 1.0 | | | | |
| Feminino | 1.79 | (1.40 – 2.28) | | 1.71 (1.31 -2.22) | |
| Idade | | | .245 | * | |
| 8 | 1.0 | | | | |
| 9 | 0.94 | (0.66 -1.34) | | | |
| 10 | 0.90 | (0.63 -1.30) | | | |
| 11 | 0.84 | (0.57 - 1.22) | | | |
| 12 | 0.81 | (0.53- 1.25) | | | |
| Cor da pele | | | .134 | * | |
| Branco | 1.0 | | | | |
| Não branco | 1.21 | (0.94 -1.55) | | | |
| Escolaridade Materna | | | .005 | * | |
| ≥8 | 1.0 | | | | |
| <8 | 1.4 | (1.11-1.77) | | | |
| Renda familiar | | | <.001 | | <.001 |
| 4º (maior) | 1.0 | | | 1.0 | |
| 3º | 1.28 | (0.86 – 1.91) | | 1.29 (0.86 – 1.92) | |
| 2º | 1.38 | (0.92 -2.07) | | 1.38 (0.92 – 2.07) | |
| 1º (menor) | 2.01 | (1.40 – 2.90) | | 1.96 (1.36 – 2.83) | |

Bloco 2: Hábitos da criança e variáveis clínicas

| | | | | |
|--------------------------------|------|-------------|--------------------|------|
| Frequência de escovação | | | .773 | ** |
| 3 ou mais vezes | 1.0 | | | |
| 2 vezes | 1.03 | 0.82 – 1.31 | | |
| Cárie dentária (C/c) | | | .005 | .045 |
| 0 | 1.0 | | 1.0 | |
| >1 | 1.42 | 1.11 – 1.81 | 1.32 (1.01 – 1.72) | |
| Sangramento gengival | | | .957 | ** |
| Ausente | 1.0 | | | |
| Presente | 1.01 | 0.76 – 1.33 | | |

Bloco 3: Dor

| | | | | |
|-------------------|------|-------------|--------------------|------|
| Dor dental | | | .019 | .188 |
| Ausente | 1.0 | | 1.0 | |
| Presente | 1.32 | 1.05 – 1.66 | 1.19 (0.92 – 1.54) | |

Bloco 4: Visita odontológica

| | | | | |
|----------------------------|------|-----------|--------------------|-------|
| Visita odontológica | | | <.001 | <.001 |
| Sim | 1.0 | | 1.0 | |
| Não | 1.98 | 1.56-2.50 | 1.85 (1.42 – 2.41) | |

* Excluídos depois de ajustar de acordo com as variáveis de primeiro nível

** Excluídos depois de ajustar de acordo com variáveis primeiro e segundo nível

^c análise bruta ^a análise ajustada

No presente estudo, o medo dental foi referido por 24,6% das crianças, o que pode ser considerado alto quando comparado a outros estudos com faixa etária semelhante.

Na população estudada as meninas apresentaram mais medo do que os meninos. Outros estudos também encontraram este resultado (LARA et al, 2012). Uma explicação razoável para esta associação é que, devido a questões culturais meninas provavelmente se sentem mais confortáveis para expressar seus sentimentos e confessar seus medos.

Foi encontrada associação significativa entre renda familiar e presença de medo dental: crianças de famílias mais pobres tiveram maior prevalência de medo. Este resultado está em consonância com outros estudos (TORRIANI et al, 2014). A condição sócio-econômica tem sido evidenciada como um forte marcador para indicadores de saúde, pessoas com maiores privações apresentam piores condições de saúde geral e bucal. As crianças de famílias mais pobres têm menos acesso a cuidados odontológicos e apresentam maiores índices de doenças bucais, contribuindo para índices mais elevados de medo dental (GOETTEMS, 2011).

Para explicar a associação entre o medo e presença de cárie, a compreensão do ciclo do medo é essencial. O medo odontológico leva a evasão do consultório, que, consequentemente, contribui para a deterioração da saúde bucal, assim, essas pessoas muitas vezes procuram atendimento odontológico já com necessidade de tratamentos mais invasivos, contribuindo para o aumento do medo (LEE, 2008).

A motivação para o primeiro atendimento odontológico pode ser decisiva para o desenvolvimento do medo (RANTAVUORI, 2009), se esta primeira visita acontece para procedimentos preventivos a prevalência do medo dental parece ser menor do que quando a visita é para procedimentos de emergência ou curativos (TORRIANI, 2014). Estes aspectos reforçam a importância da atenção

odontológica precoce, que pode levar à prevenção de cárie dentária e consequentemente prevenção do aparecimento de medo odontológico e evasão do consultório.

4. CONCLUSÕES

A alta prevalência de medo odontológico indica que é um problema comum encontrado na população estudada. O atendimento odontológico precoce é um fator importante para evitar o desenvolvimento de medo odontológico. Políticas públicas de saúde devem estabelecer programas de prevenção motivando consultas odontológicas de rotina.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TORRIANI, D.; FERRO, R.; BONOW, M.; SANTOS, I.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, A; et al. Dental Caries Is Associated with Dental Fear in Childhood: Findings from a Birth Cohort Study. **Caries research**, v.48, n.4, p.263-70, 2014

OLAK, J.; SAAG, M.; HONKALA, S.; NÖMMELA, R.; RUNNEL, R.; HONKALA, E.; et al. Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. **Stomatologija**, v.15, n.1, p.26-31, 2013

COLARES, V.; FRANCA, C.; FERREIRA, A.; AMORIM FILHO, H.A.; OLIVEIRA, M.C. Dental anxiety and dental pain in 5- to 12-year-old children in Recife, Brazil. **Eur Arch Paediatr Dent**, v.14, n.1, p.15-9, 2013.

PANDA, A.; GARG, I.; BHOBE, A.P. Children's perspective on the dentist's attire. **Int J Paediatr Dent**, Apr 18, 2013.

ARMFIELD, J.M. What goes around comes around: Revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. **Commun. Dent. Oral Epidemiol.** v. 41, n.3, p.279-87, 2013.

CREGO, A.; CARRILLO-DIAZ, M.; ARMFIELD, J.M.; ROMERO, M. Applying the Cognitive Vulnerability Model to the analysis of cognitive and family influences on children's dental fear. **Eur J Oral Sci**, n. 121, p. 194–203, 2013.

LARA, A.; CREGO, A.; ROMERO-MAROTO, M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. **Int J Paediatr Dent**, n. 22, p. 324–330, 2012.

Goettems M, Ardenghi T, Romano A, Demarco F, Torriani D. Influence of maternal dental anxiety on the child's dental caries experience. **Caries research**. 2011;46(1):3-8.

LEE, C.; CHANG, Y.; HUANG, S. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. **Int J Paediatr Dent**, n.18, p. 415–422, 2008

RANTAVUORI, K.; TOLVANEN, M.; HAUSEN, H.; LAHTI, S.; SEPPA, L. Factors associated with different measures of dental fear among children at different ages. **J Dent Child**, v.76, p. 13–19, 2009