

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Dissertação de Mestrado

O estilo parental e a experiência de cárie infantil:
um estudo transversal aninhado em uma coorte de nascidos vivos

Laryssa Marques da Silva Araújo

Brasília, 2024.

Laryssa Marques da Silva Araújo

O estilo parental e a experiência de cárie infantil:
um estudo transversal aninhado em uma coorte de nascidos vivos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Carla Massignan

Brasília, 2024.

Laryssa Marques da Silva Araújo

O estilo parental e a experiência de cárie infantil:
um estudo transversal aninhado em uma coorte de nascidos vivos

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa: 23/01/2024

Banca examinadora:

Profa. Dra. Carla Massignan
(Orientadora)

Profa. Dra. Nailê Damé Teixeira

Profa. Dra. Nicole Aimée Rodrigues José

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de me tornar mestre.

Ao meu esposo e a minha família por todo apoio e incentivo durante esta caminhada.

Aos professores por me inspirarem a seguir a área da docência e por todo conhecimento transmitido. Em especial à minha orientadora, professora Carla Massignan.

À equipe de pesquisa da coorte pela colaboração e companhia.

Aos meus alunos e pacientes que tornam a minha profissão tão gratificante.

A todos que fizeram parte dessa conquista, o meu obrigada!

RESUMO

O estilo parental pode ser definido como um conjunto de ações parentais que norteiam a criação dos filhos. De acordo com este conceito, as práticas educativas dos pais em relação aos filhos influenciam os padrões comportamentais, emocionais e intelectuais da criança durante seu crescimento. Baumrind propôs em 1966, a classificação do estilo parental em três categorias: autoritário, autoritativo e permissivo. Além de influir no desenvolvimento infantil, o estilo parental pode ter reflexos na saúde geral e na saúde bucal de crianças e adolescentes. Diante disso, este estudo teve como objetivo evidenciar a possível associação entre o estilo parental e a experiência de cárie infantil, hipotetizando que diferentes estilos parentais podem levar a diferentes níveis de prevalência de cárie na primeira infância. Para isto, foi desenvolvido um estudo observacional transversal com crianças de 4 anos de idade pertencentes a uma coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília (HUB). A categorização do estilo parental como variável independente, se deu por meio do *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire* (PSDQ), enquanto, o instrumento *Caries Assessment Spectrum and Treatment* (CAST) foi utilizado para o diagnóstico e registro da variável dependente. Variáveis como sexo e idade da criança, idade materna, nível socioeconômico, presença de placa visível e sangramento gengival, uso de dentifrício fluoretado, frequência e assistência de escovação, ingestão diária de açúcar, tempo de aleitamento exclusivo, e frequência escolar, foram consideradas como possíveis fatores de confusão. Estatística descritiva, assim como, modelos de regressão ajustada e não ajustada foram realizadas para analisar a relação entre as variáveis. Do total de 969 crianças incluídas inicialmente na coorte de nascidos vivos, 257 participantes foram considerados elegíveis e constituíram a amostra do estudo transversal, dentre as quais a prevalência de cárie foi de 48,6% (125). O estilo parental não apresentou uma associação significativa com a presença/ ausência de lesões cáries, ao número de dentes decíduos cariados e à gravidade da doença cárie em crianças. No entanto, crianças com sangramento gengival apresentaram 2,21 vezes mais dentes decíduos cariados (IC 95% 1,17-4,16; $p=0,01$) e 2,28 vezes maior chance de ter lesão de cárie em dentina (IC 95% 1,09-4,80; $p=0,02$) quando comparadas às crianças sem sangramento gengival. De forma semelhante, crianças que já frequentavam a escola ou creche apresentaram 2,23 vezes maior chance de ter lesão de cárie em dentina (IC 95% 1,05-4,70; $p=0,03$) em comparação às crianças não frequentadoras. Conclui-se, portanto, que o estilo parental não foi um preditor significativo a experiência de cárie em crianças de 4 anos de idade.

Palavras-chave: Cárie dentária; Criança; Fatores de Risco; Poder Familiar; Relações Familiares; Relações Pais-Filho.

ABSTRACT

Parenting style can be defined as a set of parental actions that guide the raising of children. According to this concept, parents' educational practices in relation to their children influence the child's behavioral, emotional and intellectual patterns during their growth. Baumrind proposed in 1966 the classification of parenting style into three categories: authoritarian, authoritative and permissive. In addition to influencing child development, parenting style can have an impact on the general health and oral health of children and adolescents. Therefore, this study aimed to highlight the possible association between parenting style and the children's dental caries experience, hypothesizing that different parenting styles can lead to different levels of prevalence of early childhood caries. For this, a cross-sectional observational study was developed with 4-year-old children belonging to a birth cohort at the Hospital Universitário de Brasília (HUB). Parenting style was categorized as an independent variable using the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ), while the Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) instrument was used to diagnose and record the dependent variable. Variables such as the child's sex and age, maternal age, socioeconomic level, presence of visible plaque and gingival bleeding, use of fluoride toothpaste, brushing frequency and assistance, daily sugar intake, exclusive breastfeeding time, and school attendance were considered as possible confounding factors. Descriptive statistics, as well as adjusted and unadjusted regression models, were performed to analyze the relationship between the variables. 969 children were initially included in the live birth cohort, and 257 were considered eligible and constituted the cross-sectional study sample, among whom the prevalence of caries was 48.6% (125). Parenting style did not show a significant association with the presence/ absence of carious lesions, the number of decayed primary teeth and the severity of caries disease in children. However, children with gingival bleeding had 2.21 times more decayed primary teeth (95% CI 1.17-4.16; $p=0.01$) and a 2.28 times greater chance of having carious lesions in dentin (CI 95% 1.09-4.80; $p=0.02$) when compared to children without gingival bleeding. Similarly, children who already attended school or daycare were 2.23 times more likely to have carious lesions in dentin (95% CI 1.05-4.70; $p=0.03$) compared to children who did not attend. Therefore, it is concluded that parenting style was not a significant predictor of caries experience in 4-year-old children.

Keywords: Dental Caries; Child; Risk Factors; Parenting; Family Relations; Parent-Child Relations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Descrições e códigos do *Caries Assessment Spectrum and Treatment* (CAST)

Figura 2 - Fluxograma referente ao processo de seleção da amostra

Figura 3 - Frequência de códigos CAST e gravidade da doença cárie determinada pelo escore máximo por indivíduo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características descritivas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

Tabela 2 - Associação entre os tipos de estilo parental e as variáveis categóricas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

Tabela 3 - Associação entre os tipos de estilo parental e as variáveis quantitativas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

Tabela 4 - Associação entre presença/ ausência de cárie dentária e as variáveis categóricas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

Tabela 5 - Associação entre presença/ ausência de cárie dentária e as variáveis quantitativas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

Tabela 6 - Regressão binomial negativa não ajustada e ajustada entre variáveis independentes e número de dentes decíduos cariados por criança de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

Tabela 7 - Regressão logística binária não ajustada e ajustada entre variáveis independentes e gravidade de cárie por criança de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

H1 - Hipótese alternativa

H0 - Hipótese nula

STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

FS - Faculdade de Ciências da Saúde

UNB - Universidade de Brasília

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

HUB - Hospital Universitário de Brasília

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

PSDQ - Parenting Styles and Dimensions Questionnaire

TDAH - Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

CAST - Caries Assessment Spectrum and Treatment

OMS - Organização Mundial da Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

EUA - Estados Unidos da América

IC - Intervalo de confiança

OR - Odds ratio

F - Flúor

DP - Desvio padrão

II - Intervalo interquartilico

RTI - Razão de taxa de incidência

CPO-D - Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

PECs - Polissacarídeos extracelulares

DF - Distrito Federal

COVID-19 - Coronavirus disease 2019

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	12
1.2 OBJETIVOS	12
1.2.1 Objeto geral	12
1.2.2 Objetivos específicos	13
1.3 HIPÓTESES	13
2 METODOLOGIA	13
2.1 PARTICIPANTES	14
2.2 VARIÁVEIS	14
2.2.1 Variável independente	14
2.2.2 Variável dependente	15
2.2.3 Covariáveis	17
2.3 CÁLCULO AMOSTRAL	18
2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	19
3 RESULTADOS	21
4 DISCUSSÃO	31
5 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36
PRESS RELEASE	41
APÊNDICES	42
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	42
APÊNDICE 2 - Ficha de Avaliação de 4 anos de idade	43
APÊNDICE 3 - Descritivo da Análise Estatística	52
ANEXOS	57
ANEXO 1 - STROBE	57
ANEXO 2 - Parecer Consubstanciado do CEP	59
ANEXO 3 - Questionário de Estilos e Dimensões Parentais.....	66
ANEXO 4 - Instrumento de Avaliação Socioeconômica	68

1 INTRODUÇÃO

A doença cárie apresenta alta prevalência na população infantil, afetando mais de 600 milhões de crianças no mundo [1]. Esta patologia consiste em uma disbiose determinada pelo consumo frequente de carboidratos fermentáveis e mediada por um microbioma bucal complexo [2]. Seu sinal clínico é caracterizado pela perda mineral dos tecidos dentários, sendo inicialmente diagnosticado por lesões de manchas brancas no esmalte. Se não controlada, a desmineralização superficial pode ocasionar a ruptura do esmalte e progredir para cavitações na dentina subjacente. Uma vez localizada no tecido dentinário, a lesão cáriosa tende a evoluir rapidamente até atingir a polpa, podendo em fim, comprometer o sistema estomatognático e impactar negativamente a qualidade de vida das crianças acometidas, assim como, de suas famílias [3]. Dentre os diversos preditores de risco apontados pela literatura, é sugerido que o estilo parental exerce influência sobre a experiência de cárie na primeira infância [4].

O estilo parental pode ser definido como um conjunto de ações parentais que norteiam a criação dos filhos [5]. Este conceito determina que as práticas educativas dos pais em relação aos filhos influenciam os padrões comportamentais, emocionais e intelectuais da criança durante seu crescimento. Em suma, o estilo parental refere-se a forma como os pais educam seus filhos [6].

O estilo parental foi inicialmente descrito por Baumrind em 1966, quem propôs sua classificação em três categorias: autoritário, autoritativo (democrático) e permissivo. Tal categorização se baseia nas dimensões de afeto (responsividade) e controle parental (exigência). Assim, genitores que apresentam, frequentemente, pouca afetividade e atitudes controladoras baseadas na autoridade e em punições, são caracterizados como autoritários; os que demonstram equilíbrio entre a exigência e a responsividade nas interações com os filhos e valorizam a comunicação, são denominados democráticos; e aqueles que focam na manifestação de afeto e não impõem limites sobre o comportamento da criança são definidos como permissivos [7]. Outras tipologias de estilo parental podem ser encontradas na literatura, visto que, o modelo teórico inicial sugerido por Baumrind (1966) foi, mais tarde, ampliado por outros autores [8].

Estudos anteriores demonstraram que, além de influir no desenvolvimento infantil, o estilo parental pode ter reflexos na saúde geral, nos hábitos alimentares e na obesidade infantil [9,10]. Ademais, outros estudos prévios sugerem que a saúde bucal de crianças e adolescentes é influenciada pela parentalidade [11,12]. O conhecimento e atitudes dos pais em relação a higiene bucal, estão significativamente correlacionadas com a propensão da criança estabelecer comportamentos de higiene bucal saudáveis [13]. De forma semelhante, é descrito que o ambiente familiar pode influenciar a higiene oral, as práticas alimentares e os padrões de atendimento odontológico infantil [14]. Dentro desta perspectiva, considera-se que diferentes estilos parentais podem levar a diferentes níveis de prevalência da doença cárie entre crianças [5].

1.1 JUSTIFICATIVA

Conhecer os fatores de risco da doença cárie em sua totalidade, é importante para identificar crianças com maior chance de acometimento, e conseqüentemente, adotar medidas preventivas adequadas. Embora os fatores biológicos, comportamentais e psicossociais, apontados como preditores de risco de cárie na primeira infância, já serem amplamente discutidos na literatura [1-3], a relação entre a doença cárie e o estilo parental ainda é inconclusiva [15,16]. Assim, é necessário que mais estudos primários sejam desenvolvidos a fim de contribuir com esta questão.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo evidenciar a possível associação entre o estilo parental e a experiência de cárie em crianças de 4 anos de idade pertencentes a uma coorte de nascimentos desenvolvida no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar a prevalência de crianças com lesões cárias na amostra estudada;
- Investigar a relação entre o estilo parental e a presença/ ausência de lesões cárias, a quantidade de dentes decíduos cariados, e a gravidade de cárie em crianças;
- Avaliar a relação do estilo parental com possíveis fatores associados à doença cárie;
- Verificar a relação entre a cárie na primeira infância e outros preditores de risco previamente relatados na literatura.

1.3 HIPÓTESES

Com base no referencial teórico, levanta-se a hipótese alternativa (H1) de que as diferentes tipologias de estilo parental estão associadas a experiências distintas de cárie aos 4 anos de idade. Já a hipótese nula (H0) implica na ausência desta associação.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal realizado com crianças de 4 anos de idade pertencentes à uma Coorte de Nascimentos em andamento. A pesquisa foi reportada segundo as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Anexo 1) [17], e sua aprovação ética foi concedida pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências de Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UNB), sob o Número do Parecer 2.052.955 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 65537117.1.0000.0030 (Anexo 2).

2.1 PARTICIPANTES

A amostra inicial da coorte incluiu pacientes infantis nascidos vivos no Hospital Universitário de Brasília (HUB), entre os períodos de agosto de 2017 a julho de 2018, cujos pais consentiram a participação no estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Foram excluídos os neonatos internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido a limitação para a realização do exame intraoral.

Os participantes foram acompanhados desde o nascimento até os 4 anos de idade. A coleta de dados iniciou-se na maternidade dentro das primeiras 48 horas de vida da criança, e depois foi realizada aos 6, 12, 24 e 48 meses de idade na Clínica Odontológica da instituição. Os dados foram obtidos por intermédio da anamnese realizada com responsáveis, da avaliação clínica da cavidade bucal infantil, e da aplicação de questionários autorreferidos aos pais (Apêndice 2).

Para o estudo atual, foram considerados elegíveis todos os pacientes que compareceram ao retorno de 4 anos de idade, entre agosto de 2021 e julho de 2022. O critério de exclusão se aplicou aos participantes que apresentaram dados faltantes no preenchimento dos inquéritos ou ficha clínica, e aqueles cujos responsáveis respondentes não correspondiam ao pai ou a mãe da criança.

2.2 VARIÁVEIS

2.2.1 Variável independente

A variável independente foi o Estilo Parental. A versão curta do *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire* (PSDQ), validada para uso no Brasil foi aplicada para a identificação do estilo parental (Anexo 3). Este trata-se de um questionário autorreferido destinado a mães ou pais, composto por 32 itens baseados nas tipologias parentais descritas por Baumrind (1966).

A adaptação transcultural do instrumento foi realizada previamente por Oliveira *et al.* (2018) com uma amostra composta por 451 mães de crianças de 3 a 18 anos, recrutadas em escolas, redes sociais, plataforma on-line e em um ambulatório de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Goiás, Brasil. A validade e a confiabilidade do inquérito foram constatadas, respectivamente, por meio de um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 0,97 e de um alfa de Cronbach de 0,75 [18].

Dentre os 32 itens, o estilo parental autoritativo inclui 15 itens, os quais são dispostos em três dimensões: apoio/ afeto (itens 1, 7, 12, 14, 27), regulação (itens 5, 11, 25, 29, 31) e autonomia (itens 3, 9, 18, 21, 22). O estilo autoritário possui 12 itens divididos em três dimensões: coerção física (itens 2, 6, 19, 32), hostilidade verbal (itens 13, 16, 23, 30) e punição (itens 4, 10, 26, 28). Já o estilo permissivo é composto por apenas uma dimensão, a indulgência, representada por cinco itens (itens 8, 15, 17, 20, 24) [19]. Para cada item do inquérito, o responsável deve informar a frequência com que exhibe determinado comportamento por meio de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, em que 1= nunca; 2= poucas vezes; 3= algumas vezes; 4= muitas vezes; e 5= sempre [18].

Para a categorização dos pais em um dos três tipos de estilos parentais, calculou-se, inicialmente, as dimensões parentais a partir da média aritmética dos seus itens. Posteriormente, os estilos parentais foram calculados pela média aritmética de suas dimensões [20]. A pontuação média mais alta entre estes valores, refletiu uma maior frequência de comportamentos autoritários, autoritativos ou permissivos do responsável em relação ao filho, determinando assim, o estilo parental dos pais das crianças incluídas na amostra.

2.2.2 Variável dependente

A variável dependente foi a doença cárie diagnosticada por meio do instrumento *Caries Assessment Spectrum and Treatment* (CAST). O CAST é um critério de detecção de cárie com validade de construto e reprodutibilidade já evidenciadas [21]. Este instrumento abrangente fornece informações sobre experiência, prevalência e gravidade das lesões cariosas [22]. Seu registro é feito de

forma hierárquica por meio de escores de 0 à 9 sendo, código 0= dente hígido; 1= presença de selante; 2= presença de restauração; 3= nítida mudança visual no esmalte com ou sem quebra localizada; 4= descoloração interna da dentina; 5= cavitação em dentina sem comprometimento pulpar; 6= envolvimento pulpar ou presença de restos radiculares; 7= presença de abscesso/fístula; 8= perda do elemento devido à cárie; e 9= não corresponde a nenhum das demais descrições mencionadas (Figura 1) [23].











Characteristic	Code	Description	Example
Sound	0	No visible evidence of a distinct carious lesion is present	
Sealant	1	Pits and/or Fissures are at least partially covered with a sealant material	
Restoration	2	A cavity is restored with an (in)direct restorative material	
Enamel	3	Distinct visual change in enamel only. A clear caries related discolouration is visible, with or without localised enamel breakdown	
Dentine	4	Internal caries-related discolouration in dentine. The discoloured dentine is visible through enamel which may or may not exhibit a visible localised breakdown of enamel	
	5	Distinct cavitation into dentine. The pulp chamber is intact	
Pulp	6	Involvement of pulp chamber. Distinct cavitation reaching the pulp chamber or only root fragments are present	
Abscess/Fistula	7	A pus containing swelling or a pus releasing sinus tract related to a tooth with pulpal involvement	
Lost	8	The tooth has been removed because of dental caries	
Other	9	Does not correspond to any of the other descriptions	

Figura 1 - Descrições e códigos do *Caries Assessment Spectrum and Treatment* – CAST (Fonte: Frencken *et al.*, 2013)

A partir dos escores CAST, a dentição pode ainda, ser considerada saudável ou doente. Os códigos 0, 1 e 2 representam dentes saudáveis, enquanto a condição de doente é classificada nos estágios de pré-morbididade reversível (código 3), morbididade (códigos 4 e 5), morbididade grave (códigos 6 e 7) e mortalidade (código 8). Portanto, por meio desta classificação é possível avaliar a gravidade da doença cárie [24].

O registro do CAST foi realizado por 6 estudantes de pós-graduação em odontologia da Universidade de Brasília (UNB), previamente calibrados. O treinamento compreendeu uma explicação teórica sobre o instrumento CAST por um especialista, seguida de uma sessão prática, em que um total de 42 dentes foram projetados e pontuados por cada um dos seis examinadores. Os coeficientes kappa de concordância intra e inter-examinador foram calculados e apresentaram valores mínimos de 0,79 e 0,76, respectivamente, refletindo uma concordância substancial [25].

Na avaliação clínica, os examinadores realizaram inicialmente a remoção da placa bacteriana por meio da escovação dentária e uso do fio dental. Em seguida, com o auxílio de uma sonda milimetrada OMS, espelho clínico, iluminação adequada e ar comprimido, procedeu-se a avaliação individual dos dentes e o registro do código CAST por superfície. Quando constada a necessidade de intervenções, os pacientes eram encaminhados para a Clínica de Odontopediatria de graduação em Odontologia da Universidade de Brasília (UNB).

Os escores do CAST, obtidos durante o exame intraoral, foram tabulados e convertidos para a análise de diferentes variáveis: “presença/ ausência de lesão cariada”, reclassificada para medidas dicotômicas, em que 1= dente hígido, restaurado ou com selante e 2= lesão cariada em esmalte ou dentina, acometimento pulpar, presença de abscesso/ fístula ou dente perdido por cárie; “número de dentes decíduos cariados”, variando de 0 a 20 de forma discreta, visto que, nenhum dos participantes incluídos apresentaram dentes supranumerários ou permanentes irrompidos; e “gravidade” categorizada pelo escore máximo por indivíduo.

2.2.3 Covariáveis

No intuito de evitar o viés de confusão, outras variáveis de ajuste foram investigadas, incluindo idade e sexo da criança, idade da mãe, situação socioeconômica, presença de placa visível e de sangramento gengival, frequência diária de escovação, escovação assistida por um adulto, uso de dentifrício fluoretado, ingestão diária de açúcar, aleitamento exclusivo até 06 meses, e se a criança já frequenta escola/creche.

A idade da criança foi registrada em meses e a idade materna em anos, e posteriormente, ambas foram mensuradas como variáveis quantitativas contínuas. Já o sexo da criança foi analisado como uma variável categórica, na qual 1= masculino e 2= feminino.

Para a avaliação da situação socioeconômica, os responsáveis responderam ao inquérito proposto por Graciano e Lehfeld (2010) (Anexo 4). Este instrumento traz informações sobre a renda familiar (número de salários mínimos), número de membros residentes no mesmo imóvel, nível de escolaridade do responsável, situação e condição habitacional, e atividade ocupacional do responsável. As respostas possíveis para cada um dos itens equivalem a pontuações simples, as quais são somadas ao final do questionário. A partir do número de pontos obtidos, a variável socioeconômica foi categorizada em: baixa inferior (0 a 20 pontos); baixa superior (21 a 30 pontos); média inferior (31 a 40 pontos); média (41 a 47 pontos); média superior (48 a 54 pontos); e alta (55 a 57 pontos) [26].

No exame intraoral, além do diagnóstico de cárie, também foi realizado o registro dicotômico da presença de placa visível, por meio da inspeção visual das superfícies dentárias previamente a escovação (1= presença de ao menos um dente com placa visível e 2= ausência de placa visível). De forma semelhante, registrou-se de forma dicotômica a presença de sangramento gengival após a sondagem suave do sulco gengival dos dentes decíduos (1= presença de pelo menos um ponto sangrante no sulco gengival dos dentes avaliados e 2= ausência de sangramento gengival).

A frequência diária de escovação dentária, referida durante a anamnese, foi tratada como uma variável discreta, variando de 0 a 3 ou + vezes ao dia, enquanto a assistência à escovação infantil foi reclassificada para medidas dicotômicas, em que

1= sim e 2= não. Entendeu-se como sim a realização da escovação dentária infantil por um adulto pelo menos uma vez ao dia. No decorrer da anamnese com o responsável, o uso regular de dentifrício fluoretado também foi abordado. Por sua vez, esta variável foi categorizada, sendo 1= concentração ≥ 1000 ppm de flúor; 2= dentifrício sem flúor ou concentração < 1000 ppm de flúor; e 0= não soube informar.

Com a finalidade de investigar a frequência do consumo de sacarose, um recordatório alimentar 24 horas foi preenchido. O responsável relatou os alimentos e bebidas ingeridas pela criança no dia anterior à consulta [27]. Assim, a ingestão de açúcar foi mensurada de forma discreta e variou de 0 a 6 ou + vezes ao dia.

Finalmente, a variável referente a duração do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [28], foi dicotomizada (1= sim e 2= não) para a análise estatística, assim como, a resposta obtida na anamnese ao perguntar se a criança já frequentava escola ou creche (1= sim e 2= não).

2.3 CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo amostral se deu a partir da diferença entre duas proporções independentes de um estudo piloto com 67 crianças, sendo: proporção de crianças com alta severidade de cárie (lesão de cárie em dentina, envolvimento pulpar, fístula/abscesso ou dente perdido por cárie) de 28,4% e proporção de crianças livres de cárie (dentes hígidos) de 50,7%. Foi utilizado o programa G Power 3 (versão 3.1, University Dusseldorf, Germany) com erro padrão de 5% e nível de confiança de 95%. O tamanho da amostra necessário foi de 204 crianças, no entanto, para compensar possíveis perdas e dados faltantes nos questionários, realizou-se um ajuste de 20%, resultando em uma amostra mínima necessária de 245 participantes.

2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados no programa *Microsoft Excel* e analisados com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 21.0, Chicago, Illinois, EUA). Além da estatística descritiva com apresentação das frequências relativas e absolutas, foram realizados modelos de regressão não ajustada e ajustada, adotando-se intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para avaliar a associação entre os grupos independentes de estilo parental (autoritário, autoritativo e permissivo) e as variáveis categóricas foram realizados os testes qui-quadrado ou exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5%. No caso das variáveis quantitativas, foi realizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, visto que, nenhuma variável assumiu distribuição normal de acordo com o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov.

Os testes qui-quadrado ou exato de Fisher também foram aplicados para avaliar a relação entre as variáveis categóricas e a presença/ ausência de lesões cáries em crianças, e como nenhuma das variáveis independentes apresentou distribuição normal pelo teste Kolmogorov-Smirnov, o teste não paramétrico de Mann Withney foi utilizado para a avaliação da relação da cárie na primeira infância e as variáveis quantitativas do estudo.

O modelo de regressão binomial negativa foi eleito para avaliar se o estilo parental está associado ao número de dentes decíduos cariados por criança, enquanto um modelo de regressão logística binária foi utilizado para avaliar a associação entre o estilo parental e a gravidade de cárie. Nesta última análise, os escores CAST foram reclassificados para medidas dicotômicas de acordo com o grau de irreversibilidade das lesões: presença de cárie em dentina (códigos 4, 5, 6, 7 e 8) e ausência de cárie em dentina (códigos 0, 1, 2 e 3). A descrição da análise estatística é detalhada no Apêndice 3.

3 RESULTADOS

Dentre os 1.099 nascidos vivos na maternidade do HUB, entre agosto de 2017 e julho de 2018, 5 mães não concordaram em participar do estudo e 125 neonatos foram internados na UTI, resultando em um total de 969 crianças incluídas inicialmente na coorte de nascimentos. Destes, 692 não compareceram ao retorno de 4 anos de idade (415 faltaram ou não foi possível realizar o agendamento; 225 sem contato telefônico; 34 desistentes; 16 mudaram de estado; e 2 falecimentos). Logo, 277 participantes foram avaliados aos quatro anos de idade. No entanto, 17 foram excluídos por dados faltantes, 2 pacientes não permitiram a realização do exame clínico em decorrência de alguma alteração comportamental, e 1 responsável se recusou a responder as perguntas do inquérito socioeconômico por julgá-las de cunho pessoal. Assim, 257 participantes foram considerados elegíveis e constituíram a amostra total do estudo (Figura 2).

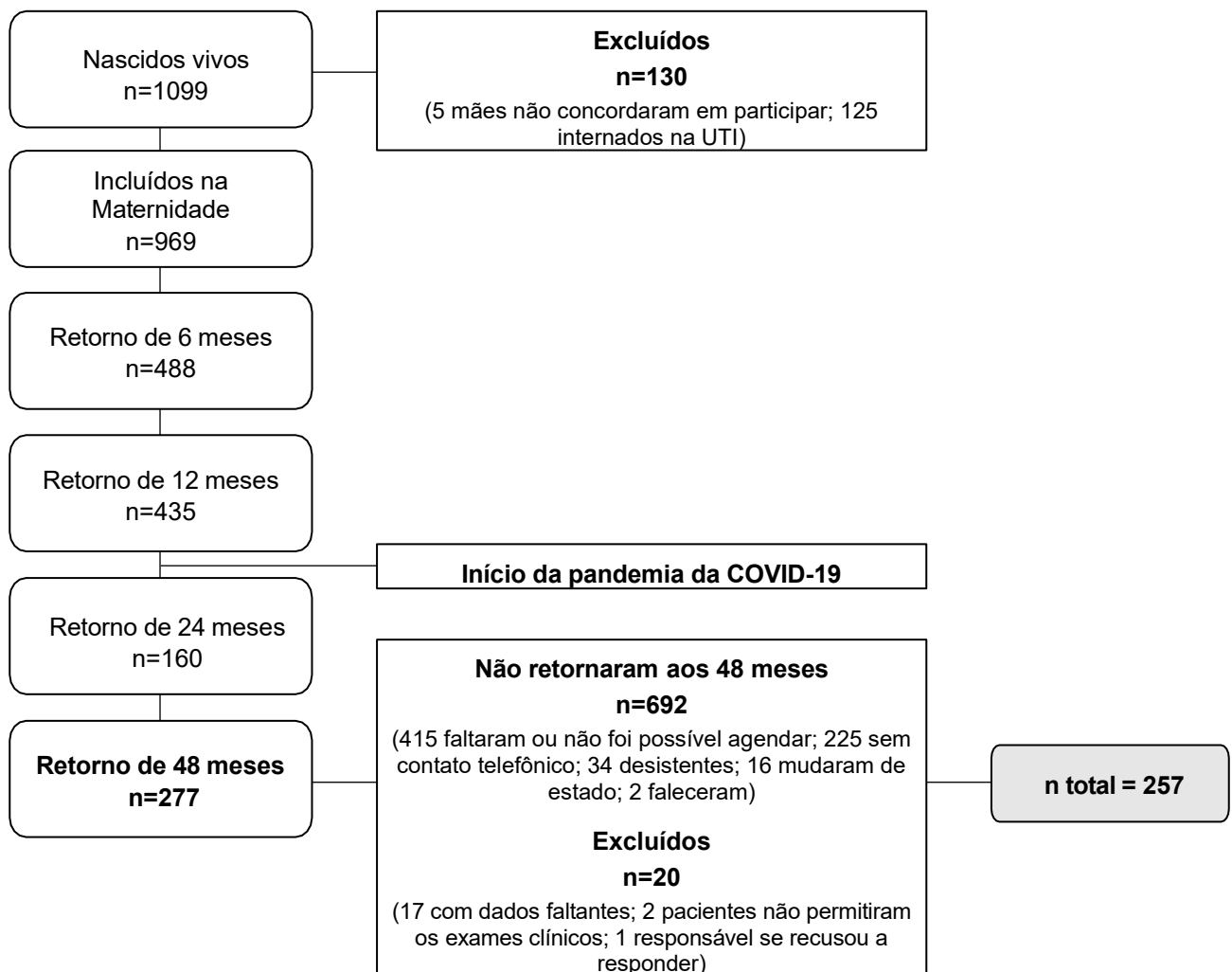


Figura 2 - Fluxograma referente ao processo de seleção da amostra

A média de idade das crianças incluídas foi de 51,6 meses com desvio padrão de 2,8, sendo que, 131 (51%) eram do sexo masculino. A idade materna variou entre 20 e 51 anos de idade, com média de 33,6 anos e desvio padrão de 6,3. Com relação ao estilo parental, 244 (94,9%) responsáveis foram classificados como autoritativos, enquanto 6 (2,3%) foram categorizados como autoritários e 7 (2,7%) como permissivos. A maioria das famílias (72%) enquadraram-se na classe socioeconômica baixa superior. Dentre os participantes, 194 (75,5%) apresentaram placa bacteriana visível, já o sangramento gengival esteve presente em 37 (14,4%) casos. Quanto à higiene bucal, foi relatado que 144 (56%) crianças, mais da metade da amostra, escovavam os dentes duas vezes ao dia (144, 56%), e 244 (94,2%) responsáveis afirmaram que um adulto prestava assistência ao menor de idade e realizava a escovação infantil pelo menos uma vez ao dia. Ainda segundo os responsáveis, 226 (87,9%) crianças usavam, regularmente, creme dental com concentração mínima de 1000ppm de flúor, no entanto, 9 (3,5%) respondentes não souberam informar a respeito do dentífrico fluoretado. De acordo com os recordatórios alimentares, 256 (99,6%) participantes ingeriram sacarose pelo menos uma vez dentro das 24 horas que antecederam a consulta odontológica. O aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade foi relatado em 148 casos, correspondendo a 57,6% da amostra. Por fim, 206 (80,2%) crianças incluídas já frequentavam a escola ou creche. As características descritivas dos participantes são apresentadas na Tabela 1, sob números absolutos e relativos.

Tabela 1 - Características descritivas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

(continua)

Variável	n	%
Lesão cariiosa (<i>presença/ ausência</i>)		
Sim	125	48,6
Não	132	51,4
Gravidade de cárie (<i>escore máximo por indivíduo</i>)		
0	126	49
1	3	1,2
2	3	1,2
3	41	16
4	2	0,8
5	75	29,2
6	2	0,8
7	3	1,2
8	2	0,8

Tabela 1 - Características descritivas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257) (conclusão)

Variável	n	%
Estilo parental		
Autoritário	6	2,3
Autoritativo	244	94,9
Permissivo	7	2,7
Nível socioeconômico		
Baixa inferior	21	8,2
Baixa superior	185	72
Média inferior	49	19,1
Média	2	0,8
Média superior	0	0
Alta	0	0
Sexo da criança		
Masculino	131	51
Feminino	126	49
Placa visível		
Sim	194	75,5
Não	63	24,5
Sangramento gengival		
Sim	37	14,4
Não	220	85,6
Frequência diária de escovação		
1x ao dia	29	11,3
2x ao dia	144	56
3x ou mais ao dia	84	32,7
Escovação realizada por um adulto		
Sim		
Não	242	94,2
	15	5,8
Dentífrico fluoretado ($\geq 1000\text{ppm F}$)		
Sim	226	87,9
Não	22	8,6
Não soube informar	9	3,5
Ingestão diária de açúcar		
0	1	0,4
1	32	12,5
2	55	21,4
3	75	29,2
4	48	18,7
5	30	11,7
6 ou +	16	6,2
Aleitamento exclusivo até 6 meses		
Sim	148	57,6
Não	109	42,4
Já frequenta a escola/ creche		
Sim	206	80,2
Não	51	19,8

A prevalência de crianças com lesões de cárie na amostra selecionada foi de 48,6% (125). Isto significa que cerca de 4,8 em cada 10 crianças apresentavam pelo menos uma lesão cariosa. Para este cálculo foram consideradas tanto lesões em esmalte quanto em dentina, ativas ou inativas, cavitadas ou não cavitadas, com ou sem envolvimento pulpar. Ao analisar o escore máximo por indivíduo, 132 (51,4%) crianças apresentaram dentições saudáveis, 41 (16%) apresentaram estágio de pré-morbidade reversível, 77 (30%) de morbidade, 5 (2%) de morbidade grave, e 2 (0,8%) de mortalidade devido a perda precoce de ao menos um elemento dental pelo processo carioso (Figura 3).

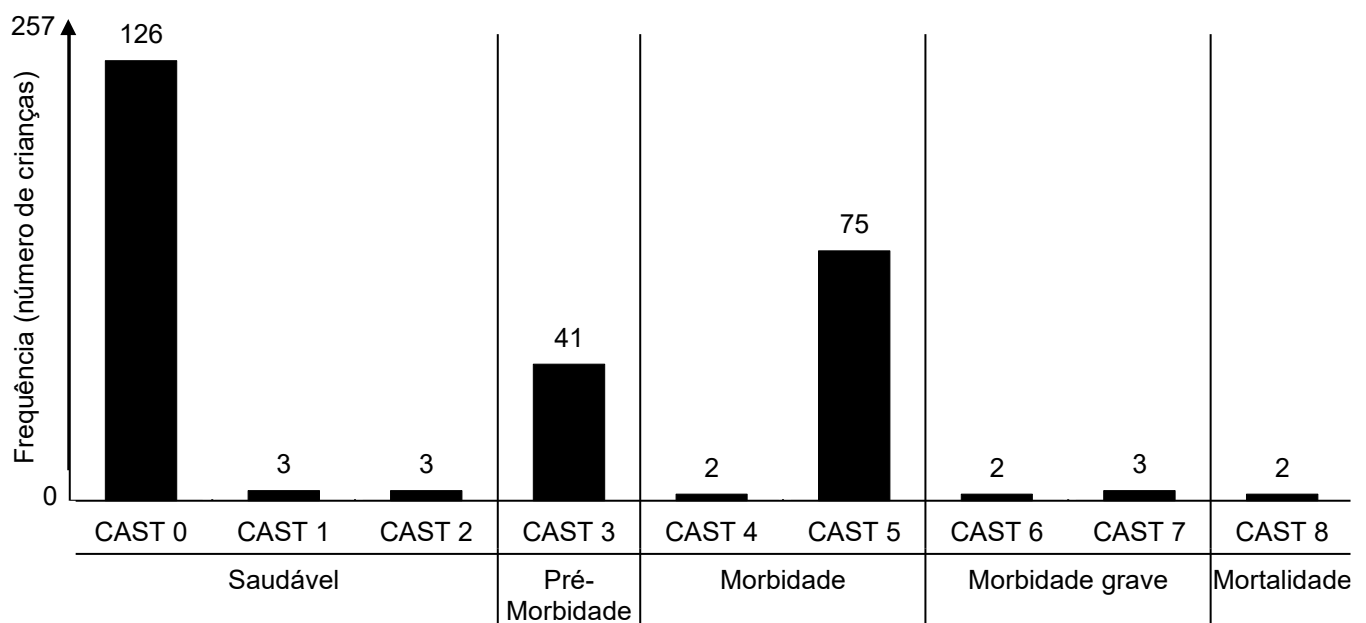


Figura 3 - Frequência de códigos CAST e gravidade da doença cárie determinada pelo escore máximo por indivíduo

Considerando uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$), o estilo parental não demonstrou associação com as variáveis categóricas (Tabela 2). De forma semelhante, não houve associação significativa entre os diferentes tipos de estilo parental e as variáveis quantitativas do estudo (Tabela 3).

Tabela 2 - Associação entre os tipos de estilo parental e as variáveis categóricas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

Variável	Estilo Parental n (%)			p (valor)*
	Autoritário	Autoritativo	Permissivo	
(continua)				
Lesão cariosa (presença/ausência)				
Sim	2 (1,6)	119 (95,2)	4 (3,2)	0,75
Não	4 (3,0)	125 (94,7)	3 (2,3)	
Gravidade de cárie (escore máximo por indivíduo)				
0	4 (3,2)	119 (94,4)	3 (2,4)	0,55
1	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	
2	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	
3	0 (0,0)	40 (97,6)	1 (2,4)	
4	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	
5	2 (2,7)	71 (94,7)	2 (2,7)	
6	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	
7	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	
8	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Nível socioeconômico				
Baixa inferior	1 (4,8)	20 (95,2)	0 (0,0)	0,63
Baixa superior	5 (2,7)	175 (94,6)	5 (2,7)	
Média inferior	0 (0,0)	47 (95,9)	2 (4,1)	
Média	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Média superior	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Alta	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sexo da criança				
Masculino	2 (1,5)	126 (96,2)	3 (2,3)	0,62
Feminino	4 (3,2)	118 (93,7)	4 (3,2)	
Placa visível				
Sim	3 (1,5)	186 (95,9)	5 (2,6)	0,22
Não	3 (4,8)	58 (92,1)	2 (3,2)	
Sangramento gengival				
Sim	0 (0,0)	36 (97,3)	1 (2,7)	0,83
Não	6 (2,7)	208 (94,5)	6 (2,7)	
Escovação realizada por um adulto				
Sim	6 (2,5)	230 (95,0)	6 (2,5)	0,55
Não	0 (0,0)	14 (93,3)	1 (6,7)	
Dentifrício fluoretado (≥ 1000ppm F)				
Sim	6 (2,7)	214 (94,7)	6 (2,7)	0,82
Não	0 (0,0)	21 (95,5)	7 (2,7)	
Não soube informar	0 (0,0)	9 (100,0)	0 (0,0)	
Aleitamento exclusivo até 06 meses				
Sim	3 (2,0)	141 (95,3)	4 (2,7)	0,91
Não	3 (2,8)	103 (94,5)	3 (2,8)	

Tabela 2 - Associação entre os tipos de estilo parental e as variáveis categóricas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

Variável	Estilo Parental n (%)			p (valor)*
	Autoritário	Autoritativo	Permissivo	
Já frequenta a escola/ creche				
Sim	6 (2,9)	195 (94,7)	5 (2,4)	0,47
Não	0 (0,0)	49 (96,1)	2 (3,9)	

* Teste exato de Fisher;
Negrito; significância estatística ao nível de 5%.

Tabela 3 - Associação entre os tipos de estilo parental e as variáveis quantitativas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

Variável	Estilo parental									p (valor)*
	Autoritário			Autoritativo			Permissivo			
	Média (DP)	Min/ Máx	Mediana (II)	Média (DP)	Min/ Máx	Mediana (II)	Média (DP)	Min/ Máx	Mediana (II)	
Idade da criança (meses)	52,0 (1,4)	50,0-54	52,0 (3,0)	51,5 (2,7)	39,0-59,0	52,0 (3,0)	52,0 (4,1)	49,0-59,0	51 (9,0)	0,91
Idade da mãe (anos)	32,5 (5,7)	27,0-40,0	31 (12,0)	33,5 (6,3)	20,0-51,0	34,0 (11,0)	37,4 (5,9)	31,0-44,0	39,0 (12,0)	0,25
Nº de dentes decíduos cariados	1,83 (3,2)	0,0-8,0	0,0 (4,0)	2,97 (4,1)	0,0-20,0	0,0 (5,0)	3,43 (3,3)	0,0-7,0	5,0 (7,0)	0,67
Frequência diária de escovação	2,23 (0,6)	1,0-3,0	2,0 (1,0)	2,23 (0,6)	1,0-3,0	2,0 (1,0)	2,0 (0,8)	1,0-3,0	2,0 (2,0)	0,41
Ingestão diária de açúcar	4,5 (1,0)	3,0-6,0	4,5 (2,0)	3,1 (1,4)	0,0-6,0	3,0 (2,0)	3,0 (0,8)	2,0-4,0	3,0 (2,0)	0,05

DP, desvio padrão; II, intervalo interquartilico;
* Teste de Kruskal-Wallis;
Negrito; significância estatística ao nível de 5%.

Ao relacionar as variáveis categóricas com a doença cárie, observou-se uma associação significativa entre a presença/ ausência de lesões cárias e o sangramento gengival ($p=0,01$) (Tabela 4), porém, associações significativas não ocorreram para as variáveis quantitativas (Tabela 5).

Tabela 4 - Associação entre presença/ ausência de lesão cária e as variáveis categóricas da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 ($n=257$)

Variável	Lesão cária n (%)		p (valor)**
	Presente	Ausente	
Nível socioeconômico			
Baixa inferior	10 (47,6)	11 (52,4)	0,92*
Baixa superior	92 (49,7)	93 (50,3)	
Média inferior	22 (44,9)	27 (55,1)	
Média	1 (50,0)	1 (50,0)	
Média superior	0 (0,0)	0 (0,0)	
Alta	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sexo da criança			
Masculino	61 (46,6)	70 (53,4)	0,49
Feminino	64 (50,8)	62 (49,2)	
Placa visível			
Sim	99 (51,0)	95 (99,6)	0,17
Não	26 (41,3)	37 (58,7)	
Sangramento gengival			
Sim	25 (67,6)	12 (32,4)	0,01
Não	100 (45,5)	120 (54,5)	
Escovação realizada por um adulto			
Sim	116 (47,9)	126 (52,1)	0,36
Não	9 (60,0)	6 (40,0)	
Dentifrício fluoretado ($\geq 1000\text{ppm F}$)			
Não soube informar	3 (33,3)	6 (66,7)	0,68*
Sim	111 (49,1)	115 (50,9)	
Não	11 (50,0)	11 (50,0)	
Aleitamento exclusivo até 06 meses			
Sim	74 (50,0)	74 (50,0)	0,61
Não	51 (46,8)	58 (53,2)	
Já frequenta a escola			
Sim	104 (50,5)	102 (49,5)	0,23
Não	21 (41,2)	30 (58,8)	

* Teste exato de Fisher.

** Teste do Qui-quadrado.

Negrito; significância estatística ao nível de 5%.

Tabela 5 - Associação entre presença/ ausência de lesão cariosa e as variáveis quantitativas de crianças de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

Variável	Lesão cariosa						p (valor)*
	Presente			Ausente			
	Média (DP)	Min/ Máx	Mediana (II)	Média (DP)	Min/ Máx	Mediana (II)	
Idade da criança (meses)	51,9 (2,7)	41,0-59,0	52,0 (3,0)	51,3 (2,7)	39,0-59,0	52,0 (3,0)	0,05
Idade da mãe (anos)	33,4 (2,7)	20,0-48,0	33 (11,0)	32,7 (5,9)	22,0-51,0	34,0 (8,0)	0,79
Frequência diária de escovação	2,1 (0,6)	1,0-3,0	2,0 (1,0)	2,2 (0,6)	1,0-3,0	2,0 (1,0)	0,21
Ingestão diária de açúcar	3,2 (1,3)	1,0-6,0	3,0 (2,0)	3,0 (1,4)	0,0-6,0	3,0 (2,0)	0,38

DP, desvio padrão; II, intervalo interquartilico;

* Teste de Mann-Whitney;

Negrito; significância estatística ao nível de 5%.

O resultado da análise de regressão binomial negativa identificou que o estilo parental não foi associado com a doença cárie. O estilo parental foi um preditor negativo, mas não significativo do número de lesões de cariosas. O sangramento gengival foi um preditor positivo e significativo na contagem de dentes decíduos cariados por criança durante os 4 anos de acompanhamento. A razão de taxa de incidência indica que as crianças com sangramento gengival têm 2,21 vezes mais dentes cariados (IC 95% 1,17-4,16; p=0,01) do que as crianças que não apresentaram sangramento gengival, mantendo-se constantes os demais preditores (Tabela 6).

Tabela 6 - Regressão binomial negativa não ajustada e ajustada entre as variáveis independentes e o número de dentes decíduos cariados por criança de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

(continua)

Variável	Número de dentes decíduos cariados					
	Não ajustada			Ajustada		
	β	RTI IC (95%)	p (valor)	β	RTI IC (95%)	p (valor)
Estilo parental						
Autoritário	-0,62	0,53 (0,06-4,18)	0,55	-0,86	0,42 (0,05-3,16)	0,41
Autoritativo	-0,14	0,86 (0,21-3,47)	0,83	-0,39	0,67 (0,17-2,61)	0,57
Permissivo		1			1	
Nível socioeconômico						
Baixa	0,24	1,28 (0,72-2,27)	0,40	0,21	1,23 (0,70-2,18)	0,46
Média		1			1	

Tabela 6 - Regressão binomial negativa não ajustada e ajustada entre as variáveis independentes e o número de dentes decíduos cariados por criança de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

(conclusão)

Variável	Número de dentes decíduos cariados					
	Não ajustada			Ajustada		
	β	RTI IC (95%)	p (valor)	β	RTI IC (95%)	p (valor)
Idade da mãe (anos)	-0,01	0,98 (0,95-1,01)	0,38			
Idade da criança (meses)	0,01	1,01 (0,93-1,10)	0,66			
Sexo da criança						
Masculino	0,04	1,04 (0,66-1,64)	0,85			
Feminino		1				
Placa visível						
Sim	0,37	1,44 (0,85-2,46)	0,17	0,32	1,39 (0,80-2,39)	0,23
Não		1			1	
Sangramento gengival						
Sim	0,80	2,24 (1,20-4,17)	0,01	0,79	2,21 (1,17-4,16)	0,01
Não		1			1	
Frequência diária de escovação						
1x ao dia	0,47	1,61 (0,73-3,51)	0,23			
2x ao dia	0,30	1,35 (0,81-2,23)	0,24			
3x ou + ao dia		1				
Escovação realizada por um adulto						
Sim	-0,39	0,67 (0,25-1,75)	0,41			
Não		1				
Dentífrico fluoretado						
Sim	-0,15	0,82 (0,36-1,86)	0,64			
Não	-0,18	1				
Não soube informar		0,85 (0,20-3,62)	0,83			
Ingestão diária de açúcar (0 a 6 ou + vezes ao dia)	0,06	1,06 (0,90-1,25)	0,43	0,11	1,12 (0,95-1,32)	0,16
Aleitamento exclusivo até 06 meses						
Sim	-0,07	0,93 (0,58-1,47)	0,76			
Não		1				
Já frequenta a escola/ creche						
Sim	0,13	1,14 (0,65-2,03)	0,64			
Não		1				

RTI, razão de taxa de incidência;

Variável de interesse: Estilo parental;

Variáveis de ajuste: Nível socioeconômico, Ingestão diária de açúcar e aquelas que apresentaram $p \leq 0,20$ na não ajustada;
 Negrito; significância estatística ao nível de 5%.

Finalmente, a regressão logística binária demonstrou que o estilo parental não está associado à gravidade de cárie. No entanto, crianças que apresentam sangramento gengival tem 2,28 vezes maior chance de ter lesão de cárie em dentina (IC 95% 1,09-4,80; $p=0,02$) quando comparadas às crianças sem sangramento gengival. E crianças que já frequentam a escola ou creche tem 2,23 vezes maior chance de ter lesão de cárie em dentina (IC 95% 1,05-4,70; $p=0,03$) em comparação às crianças não frequentadoras.

Tabela 7 - Regressão logística binária não ajustada e ajustada entre as variáveis independentes e a gravidade de cárie por criança de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

(continua)

Variáveis	Gravidade de cárie (em dentina)			
	Não ajustada		Ajustada	
	OR IC (95%)	p (valor)	OR IC (95%)	p (valor)
Estilo parental				
Autoritário	0,66 (0,06-6,40)	0,72		
Autoritativo	0,63 (0,14-2,92)	0,56		
Permissivo	1			
Nível socioeconômico				
Baixa	1,74 (0,86-3,54)	0,12	1,86 (0,89-3,85)	0,09
Média	1		1	
Idade da mãe (anos)	0,97 (0,93-1,01)	0,23		
Idade da criança (meses)	1,08 (0,98-1,19)	0,11		
Sexo da criança				
Masculino	1,25 (0,74-2,11)	0,39		
Feminino	1			
Placa visível				
Sim	1,76 (0,92-3,38)	0,08		
Não	1			
Sangramento gengival				
Sim	1,94 (0,95-3,93)	0,06	2,28 (1,09-4,80)	0,02
Não	1		1	
Frequência diária de escovação	0,87 (0,57-1,32)	0,52		

Tabela 7 - Regressão logística binária não ajustada e ajustada entre as variáveis independentes e a gravidade de cárie por criança por criança de 4 anos de idade pertencentes a coorte de nascimentos do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021 (n=257)

(conclusão)

Variáveis	Gravidade de cárie (em dentina)			
	Não ajustada		Ajustada	
	OR IC (95%)	p (valor)	OR IC (95%)	p (valor)
Escovação realizada por um adulto				
Sim	0,96 (0,32-2,93)	0,95		
Não	1			
Dentifrício fluoretado				
Sim	0,85 (0,34-2,12)	0,73		
Não	1			
Não soube informar	0,50 (0,08-3,01)	0,44		
Ingestão diária de açúcar (0 a 6 ou + vezes ao dia)	1,15 (0,95-1,39)	0,13		
Aleitamento exclusivo até 06 meses				
Sim	1,30 (0,76-2,22)	0,33	0,33	0,09
Não	1		1	
Já frequenta a escola/ creche				
Sim	1,99 (0,96-4,12)	0,06	2,23 (1,05-4,70)	0,03
Não	1		1	

OR, odds ratio;

Variável de interesse: Estilo parental

Variáveis de ajuste: Nível socioeconômico, Sangramento gengival, Já frequenta a escola/ creche e Aleitamento exclusivo até 06 meses, pelo método Backward Elimination (Wald);

Negrito; significância estatística ao nível de 5%.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou avaliar a associação entre o estilo parental e a experiência de cárie em uma amostra de crianças de 4 anos de idade derivada de uma coorte de nascidos vivos. Na pesquisa exploratória inicial, levantou-se a hipótese alternativa de que as diferentes tipologias parentais propostas por Baumrind (1966) poderiam influenciar na prevalência de cárie na primeira infância [4].

De acordo com Alagla, Hussyeen e Alhowaish (2019), pais autoritativos tendem a controlar melhor a dieta infantil e restringirem o acesso das crianças ao açúcar.

Ademais, pais autoritativos são mais propensos a estabelecer práticas adequadas de higiene oral. Diante disso, os autores afirmam que filhos de pais autoritativos apresentam menor acometimento pela doença cárie em comparação com filhos de outros estilos parentais [5]. Em concordância, Howenstein *et al.* (2015) demonstraram que crianças com pais autoritativos tiveram menos lesões cáries ($p < 0,001$) quando comparadas com aquelas criadas por pais autoritários e permissivos. Para estes autores, um ambiente familiar democrático, onde a criança se sente segura e apoiada, reforça o bom comportamento de higiene oral. Em contrapartida, pais permissivos não impõem controle na dieta ou nas práticas de higiene bucal, permitindo assim, que a criança consuma alimentos cariogênicos livremente e/ou recuse a escovação dentária. Já pais autoritários costumam não priorizar ou reforçar as medidas de higiene oral e dieta devido à baixa capacidade de resposta às necessidades dos filhos [29].

Apesar destes achados na literatura, o presente estudo não identificou uma associação significativa entre estilo parental e a presença ou gravidade de cárie em crianças, assim como, entre o estilo parental e outros fatores de risco possivelmente associados a cárie na primeira infância. Portanto, os resultados obtidos implicam na rejeição da hipótese alternativa e aceitação da hipótese nula.

Quase metade da amostra selecionada apresentou cárie dentária, dado que, em um total de 257 crianças incluídas, 125 possuíam pelo menos uma lesão cáries. Uma comparação com outros estudos é limitada, visto que, as prevalências de cárie encontradas variam de acordo com localidades e faixas etárias [30]. Além disso, grande parte das evidências se baseiam no critério recomendado pela OMS, o ceo-d/CPO-D, o qual não reconhece lesões não cavitadas, subestimando o número real de casos de cárie na primeira infância [21-24]. Mesmo assim, a cárie é frequentemente relatada como uma doença crônica comum na infância [31].

Na análise do escore CAST máximo por indivíduo, o percentual de crianças doentes da amostra (códigos 3, 4, 5, 6, 7 e 8) foi quase equivalente ao percentual de crianças saudáveis (códigos 0, 1 e 2). Entre os doentes, observou-se que o número de indivíduos afetados por graus irreversíveis da doença (códigos 4, 5, 6, 7 e 8) foi superior ao número de indivíduos com o estágio reversível (código 3). De forma semelhante, Maciel *et al.* (2019) indicaram uma maior prevalência do código CAST 5 entre participantes acometidos pela doença cárie. Estes autores inferiram que populações de baixa renda possuem acesso restrito aos cuidados de saúde bucal, o

que pode favorecer o rápido agravamento das lesões cáries [32]. Tal justificativa pode ser aplicada ao estudo atual, uma vez que, a maior parte das famílias enquadraram-se na classe socioeconômica baixa superior.

A literatura evidencia uma associação significativa entre o fator socioeconômico e a experiência da doença cárie [33,34]. Destaca-se também, que indivíduos com hábitos irregulares de higiene bucal e menor frequência de escovação dentária apresentam maior risco de acometimento pela cárie [35,36]. Neste contexto, é comprovada que a falta de compreensão e de coordenação motora das crianças, inerentes da idade, pode resultar em um déficit da higiene oral. Logo, a escovação dentária supervisionada ou assistida por um adulto, relaciona-se a uma redução no índice de cárie na primeira infância [37]. Sabe-se ainda que, o fluoreto é capaz de interferir na dinâmica dos processos de desmineralização e remineralização dentária. Uma concentração mínima de 1000ppm em dentifrícios fluoretados é considerada efetiva para prevenção desta patologia [38]. Além disso, a frequência do consumo de carboidratos fermentáveis assume um papel determinante na etiologia e determinação do risco de cárie, visto que, os açúcares propiciam a acidificação do meio bucal e a consequente desmineralização da estrutura dental [39]. Ademais, revisões sistemáticas concluíram que além de apresentar relevância nutricional, imunológica, emocional, e no desenvolvimento do sistema estomatognático da criança, o aleitamento materno pode proteger contra a cárie [40, 41]. Embora já sejam evidenciados como preditores de risco para a cárie na primeira infância, este estudo não encontrou uma associação significativa entre estes fatores e a prevalência da doença cárie na amostra selecionada.

Por outro lado, verificou-se uma relação entre a presença de lesões cáries em crianças aos 4 anos de idade e o sangramento gengival. O sangramento gengival foi um preditor significativo para o número de dentes decíduos cariados por criança (IC 95% 1,17-4,16; $p=0,01$), assim como, para a gravidade das lesões cáries (IC 95% 1,09-4,80; $p=0,02$). Corroborando com este resultado, Corrêa *et al.* (2020) também apontaram uma associação entre sangramento gengival e gravidade de cárie. A presença de sangramento gengival é indicativa de uma inflamação denominada como gengivite. Justificando esta associação, os autores afirmam que o acúmulo de biofilme, resultante de uma higiene bucal ineficiente, propicia o desenvolvimento de comunidades bacterianas com potencial cariogênico e periodontopatogênico, representando, portanto, um fator etiológico em comum à inflamação gengival e à

doença cárie. Ainda segundo estes autores, a ingestão frequente de sacarose pode favorecer tanto o desenvolvimento de lesões cárias quanto a inflamação gengival, visto que, este carboidrato é capaz de sintetizar polissacarídeos extracelulares (PECs), os quais modificam a estrutura da placa bacteriana, aumentando a adesão de bactérias e a porosidade no biofilme [42]. Todavia, como há poucas evidências sobre a associação entre o sangramento gengival e a doença cárie, sugere-se que mais estudos sejam realizados para elucidar a questão.

Outro resultado relevante demonstrou que infantes frequentadores de escola ou creches tiveram 2,23 vezes mais chance de ter lesões cárias irreversíveis quando comparadas às crianças que não frequentam (IC 95% 1,05-4,70; $p=0,03$). Felix *et al.* (2021) observaram que a dieta constantemente estabelecida nos lanches escolares, com alta ingestão de açúcares e alimentos industrializados, pode influir no risco de desenvolvimento da doença cárie [43]. Por sua vez, Biral *et al.* (2023) afirmam que a introdução precoce da alimentação complementar e a menor duração do aleitamento materno, frequentemente, observada em crianças matriculadas em creches, pode favorecer uma maior prevalência de cárie na primeira infância [44]. Diante disso, ressalta-se a necessidade de programas escolares relacionados à saúde bucal, e o incentivo da escovação dentária dentro do ambiente escolar.

Como referido na metodologia, este estudo transversal é aninhado a uma coorte de nascidos vivos realizada no Hospital Universitário de Brasília (HUB), o qual representa uma instituição pública com maternidade de referência no Distrito Federal (DF) e entorno. Portanto, a análise descritiva desta amostra representativa traz dados de grande relevância epidemiológica. Ademais, a identificação de algumas variáveis como possíveis fatores de risco para a cárie na primeira infância destaca a importância deste estudo.

Contudo, algumas limitações devem ser consideradas. Apesar da amostra ser maior que a exigida pelo cálculo amostral, esta não foi equivalente ao total de pacientes incluídos no estudo longitudinal preliminar. Muitos participantes, pertencentes a coorte de nascidos vivos, não compareceram ao retorno de 48 meses de idade, ocasionando uma perda amostral significativa. A principal justificativa se deve a pandemia de covid-19 que ocasionou a suspensão dos atendimentos clínicos e dificultou a manutenção do tamanho amostral durante os 4 anos de acompanhamento. Este fator também esclarece o porquê da não avaliação aos 36 meses de idade que coincidiu com o ápice da pandemia.

Outra limitação é atribuída ao fato da categorização do estilo parental se dar por meio de questionários autorreferidos, os quais estão sujeitos ao viés de memória. Além disso, devido à natureza do inquérito, é possível que alguns pais tenham se sentido constrangidos e omitido a real relação com os filhos, resultando em um número limitado de pais autoritários e permissivos em comparação aos autoritativos. Finalmente, apesar de apontar possíveis associações, a análise transversal limita as conclusões de causalidade e direção do efeito entre as variáveis analisadas.

5 CONCLUSÃO

A presença de lesões de cárie foi observada em quase metade da amostra de crianças de 4 anos de idade pertencentes à coorte de nascimento do Hospital Universitário de Brasília (HUB). O estilo parental não foi relacionado a presença/ausência de lesões cariosas, a quantidade de dentes decíduos cariados, e a gravidade da doença cárie em crianças, assim como, com outros fatores associados a cárie na primeira infância. Em contrapartida, ao investigar possíveis preditores de risco desta doença, previamente descritos pela literatura, encontrou-se uma associação significativa com a presença de sangramento gengival e com crianças que já frequentam a escola ou creche. Conclui-se, portanto, que o estilo parental não foi um preditor significativo a experiência de cárie em crianças de 4 anos de idade.

REFERÊNCIAS

1. Pitts N, Baez R, Diaz-Guallory C, *et al.* Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29:384-386.
2. Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, Phantumvanit P, Pitts NB, Seow WK, Sharkov N, Songpaisan Y, Twetman S. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent.* 2019 May;29(3):238-248.
3. Seow WK. Early Childhood Caries. *Pediatr Clin N Am.* 2018;941-954.
4. Duijster D, O'Malley L, Elison S, Van Loveren C, Marcenes W, Adair PM, Pine CM. Family relationships as an explanatory variable in childhood dental caries: a systematic review of measures. *Caries Res.* 2013;47 Suppl 1:22-39.
5. Alagla MA, Al Hussyeen A, Alhowaish L. Do Parenting Styles Affect Children's Oral Health in Saudi Arabia? *Cureus.* 2019 Oct 26;11(10):e6002.
6. Ng S, Demopoulos C, Mobley C, Ditmyer M. Parenting style and oral health status. *Open Journal of Pediatrics.* 2013;3:188-194.
7. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development.* 1966;37(4):887-907.
8. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. In P. H. Mussen, & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development.* 1983;1-101.
9. Lopez NV, Schembre S, Belcher BR, O'Connor S, Maher JP, Arbel R, Margolin G, Dunton GF. Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A mediation analysis to examine relationships between parenting and child diet. *Appetite.* 2018 Sep 1;128:205-213.
10. Johnson R, Welk G, Saint-Maurice PF, Ihmels M. Parenting styles and home obesogenic environments. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(4):1411-26.
11. Kumar S, Tadakamadla J, Zimmer-Gembeck MJ, Kroon J, Laloo R, Johnson

NW. Parenting practices and children's dental caries experience: A structural equation modelling approach. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017 Dec;45(6):552-558.

12. Quek SJ, Sim YF, Lai B, Lim W, Hong CH. The effect of parenting styles on enforcement of oral health behaviours in children. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2021 Feb;22(1):83-92.

13. Goettems ML, Nascimento GG, Peres MA, et al. Influence of maternal characteristics and caregiving behaviours on children's caries experience: Na intergenerational approach. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;00:1-7.

14. Brukienė V, Aleksejūnienė J. Is the authoritative parenting model effective in changing oral hygiene behavior in adolescents? *Health Educ Res.* 2012 Dec;27(6):1081-90.

15. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent.* 2012 Nov;40(11):873-85.

16. Kumar S, Tadakamadla J, Kroon J, Johnson NW. Impact of parent-related factors on dental caries in the permanent dentition of 6-12-year-old children: A systematic review. *J Dent.* 2016 Mar;46:1-11.

17. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg.* 2014 Dec;12(12):1495-9.

18. Oliveira TD, Costa DS, Albuquerque MR, Malloy-Diniz LF, Miranda DM, de Paula JJ. Cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Version (PSDQ) for use in Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry.* 2018;40:410-419.

19. Nunes F, Mota CP. Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - Adaption of the Observer Reporting Version to the Portuguese Population. *Revista Colombiana de Psicología.* 2018;27(1):117-131.

20. Robinson CC, Mandlco B, Olsen SF, Hart CH. The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). In: Touliatos J, Perlmutter BF, Straus MA. *Handbook of family measurement techniques.* Thousand Oaks: Sage Publications. 2001;319-21.

21. Frencken JE, de Souza AL, van der Sanden WJM, et al. The caries assessment and treatment (CAST) instrument. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41:e71-e77.
22. Leal SC, Ribeiro APD, Frencken JE. Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST): A Novel Epidemiological Instrument. *Caries Res.* 2017;51(5):500-506.
23. de Souza AL, Bronkhorst EM, Creugers NH, Leal SC, Frencken JE. The caries assessment spectrum and treatment (CAST) instrument: its reproducibility in clinical studies. *Int Dent J.* 2014 Aug;64(4):187-94.
24. Ribeiro APD, Maciel IP, de Souza Hilgert AL, Bronkhorst EM, Frencken JE, Leal SC. Caries assessment spectrum treatment: the severity score. *Int Dent J.* 2018 Apr;68(2):84-90.
25. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977 Mar;33(1):159-74.
26. Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Serviço Social e Saúde.* 2015;9(1):157–186.
27. Thompson FE, Byers T. Dietary assessment resource manual. *J Nutr.* 1994 Nov;124(11 Suppl):2245S-2317S.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation: Geneva, Switzerland. 2001;28–30.
29. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Cury D, Yin H. Correlating Parenting Styles with Child Behavior and Caries. *Pediatr Dent.* 2015; 37(1):59-64.
30. Uribe SE, Innes N, Maldupa I. The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. *Int J Paediatr Dent.* 2021 Nov;31(6):817-830.
31. Kirthiga M, Murugan M, Saikia A, Kirubakaran R. Risk Factors for Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control and Cohort Studies. *Pediatr Dent.* 2019 Mar 15;41(2):95-112.

32. Maciel IP, *et al.* CAST instrument in epidemiological surveys: Results presentation in comparison to the WHO criteria. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(9):3529-3537.

33. Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2015 Jan;94(1):10-8.

34. Lam PPY, Chua H, Ekambaram M, Lo ECM, Yiu CKY. Risk predictors of early childhood caries increment-a systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Dent Pract*. 2022 Sep;22(3):101732.

35. Holmes RD. Tooth brushing frequency and risk of new carious lesions. *Evid Based Dent*. 2016 Dec;17(4):98-99.

36. Yousaf M, Aslam T, Saeed S, Sarfraz A, Sarfraz Z, Cherrez-Ojeda I. Individual, Family, and Socioeconomic Contributors to Dental Caries in Children from Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 10;19(12):7114.

37. Sun HB, Zhang W, Zhou XB. Risk Factors associated with Early Childhood Caries. *Chin J Dent Res*. 2017;20(2):97-104.

38. Moghaddam, L.F., Vettore, M.V., Bayani, A. *et al.* The Association of Oral Health Status, demographic characteristics and socioeconomic determinants with Oral health-related quality of life among children: a systematic review and Meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2020 Oct 22;20(1):489.

39. Khan SY, Schroth RJ, Cruz de Jesus V, Lee VHK, Rothney J, Dong CS, Javed F, Yereks K, Bertone M, El Azrak M, Menon A. A systematic review of caries risk in children <6 years of age. *Int J Paediatr Dent*. 2023 Dec; 9.

40. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MX, Dai X, Allen KJ, Lodge CJ. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015 Dec;104(467):62-84.

41. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, *et al.* Breast and bottle Feeding as risk factors for dental caries: a systematic review and meta analysis. *Plos one*. 2015 Nov;10(11):1-14.

42. Corrêa LLG, de Sousa MLR, Frias AC, Antunes JLF. Factors associated with dental caries in adolescents: a cross-sectional study, São Paulo State, Brazil, 2015. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 29(5):e2019523, 2020.

43. Felix LCA, Oliveira CCS, Ramos LVS, Lima LFA, dos Santos JVQM, Ponzi EAC. Study of the relationship between cariogenic foods in school meals and caries experience in children attended at a school in Recife. *Research, Society and Development*. 2021;10(7):e52310713977.

44. Biral AM, Taddei JAAC, Passoni DF, Palma D. Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo. *Revista De Nutrição*. 2023; 26(1).

PRESS RELEASE

Diante da alta prevalência mundial da cárie na população infantil, é importante conhecer os fatores que podem favorecer o acometimento de crianças por esta doença, afim de identificar indivíduos com maior risco e conseqüentemente, adotar medidas preventivas adequadas. Este estudo apresentou como objetivo avaliar se o estilo parental, ou seja, a forma como os pais educam seus filhos, pode influenciar a experiência de cárie entre crianças. Para isto, foram avaliadas 257 crianças de 4 anos de idade nascidas no Hospital Universitário de Brasília (HUB), dentre as quais, 125 apresentaram ao menos uma lesão cáriosa. Isto significa que quase metade das crianças do estudo apresentaram cárie. No entanto, o estilo parental não apresentou relação com este resultado. Em contrapartida, ao investigar outros fatores que poderiam influenciar a experiência de cárie infantil, encontrou-se uma relação significativa entre esta doença e a presença de sangramento gengival em crianças, assim como, entre a gravidade de cárie e crianças que já frequentam a escola ou creche.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa "AVALIAÇÃO DO FREIO LINGUAL, DO DESENVOLVIMENTO DA OCLUSÃO E DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DE ESMALTE EM BEBÊS NASCIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA", sob a responsabilidade do pesquisador **Vanessa Polina Pereira da Costa**.

O objetivo desta pesquisa é conhecer a prevalência de anquiloglossia (língua presa) em bebês nascidos no Hospital Universitário de Brasília, bem como acompanhá-los até os 6 anos de idade para avaliar outras situações bucais como problemas na oclusão e irrupção dos dentes e de defeitos de desenvolvimento dos dentes. Sua colaboração neste estudo é muito importante para termos conhecimento destes agravos, a fim de melhorar o seu diagnóstico e tratamento.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome e o nome do seu filho (a) não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los(as).

A sua participação se dará por meio de entrevista, exame bucal dos bebês e coleta de dados dos prontuários médicos. A coleta dos dados se dará no Hospital, na Unidade de Neonatologia ou na Clínica Odontológica do HUB. Os bebês poderão chorar para a realização do exame, mas esse é um comportamento esperado para a idade, sem que lhe cause dor ou desconforto. Os bebês serão avaliados ao nascimento, em 30 dias, 6 meses, 12 meses e a cada ano até completarem 6 anos de vida. O exame bucal é rápido, levando em torno de 15 minutos, incluindo a entrevista com a mãe.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, pois o protocolo proposto segue os preceitos éticos, sendo que nenhum procedimento invasivo será realizado. Se você aceitar participar, estará contribuindo para que se conheça a ocorrência destas alterações em crianças nascidas em Brasília e a adotar procedimentos de diagnóstico e tratamento mais objetivos e efetivos. Acredita-se que, as crianças participantes se beneficiarão por meio da inserção em um programa contínuo de prevenção odontológico.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados no Hospital Universitário de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: (61) Profa. Dra. Vanessa Polina Pereira da Costa, no Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília- UnB nos telefones (61) 998635968/ 31071802, disponível inclusive para ligação a cobrar e email: vanessapolina@unb.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome/ Assinatura

Vanessa Polina Pereira da Costa

Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE 2

Ficha de Avaliação de 4 anos de idade

Nome da criança: _____ DN: ___/___/___ Idade: _____

Nome da mãe: _____ Idade da mãe: ___ Data exame: ___/___/___

Telefones: _____ Nº Whatsapp _____

Avaliação antropométrica (Por favor, eu necessito pesar e medir a criança. A senhora poderia retirar os sapatos e o máximo de roupa possível?)

1. Peso da criança: _____ Kg
 2. Altura: _____ cm
 3. IMC: _____
 4. Circunferência abdominal da CRIANÇA: _____ cm
 5. Perímetro cefálico _____ cm
 6. Anotar toda a roupa que a criança vestia ao ser pesada: _____
-

Tirar foto do cartão de vacina

Páginas: 2, 38, 39, 40, 41, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 84, 85, 86

QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO (Graciano & Lehfeld, 2010)

1. Situação econômica da família

- + de 100 SM (21)
- + de 60 a 100 SM (18)
- + de 30 a 60 SM (14)
- + de 15 a 30 SM (12)
- + de 9 a 15 SM (09)
- + de 4 a 9 SM (05)
- + de 2 a 4 SM (03)
- + de ½ a 2 SM (02)
- Até ½ SM (01)

2. Número de membros residentes da família

- 1 a 2 (06)
- 3 a 4 (04)
- 5 a 6 (03)
- 7 a 8 (02)
- Acima de 8 (01)

3. Escolaridade dos membros da família

Especificar o nível educacional dos membros da família. Pontuar somente o maior nível educacional dentre os "responsáveis" (com rendimentos).

- Superior (07)
- Superior incompleto ou Médio completo (05)
- Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até o 9º ano – antiga 8ª série) (04)
- Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8º ano – 5ª a 7ª série) ou Ciclo I completo (até o 5º ano (4ª série)) (03)
- Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano – 3ª série) (02)
- Alfabetizado (01)
- Analfabeto (00)

4. Habitação

Para pontuar condição / situação habitacional: considerar: tipo, modalidade, acomodações, zona e infra-estrutura (água, luz, esgoto e coleta de lixo, telefonia)

Condição / situação	Pontos			
	Insatisfatória	Regular	Boa	Ótima
Própria	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10
Financiada	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
Alugada	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8
Cedida	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
Outras	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

5. Ocupação dos membros:

Aposentado - Relacionar a ocupação em vigor na ativa. Especificar a ocupação dos membros da família.

Pontuar somente o maior nível ocupacional dentre os "responsáveis" (com rendimentos).

Ocupação dos membros da família	Pontos
Empresários: Proprietários na agricultura, agroindústria, indústria, comércio, sistema financeiro, serviços, etc.	<input type="radio"/> 13
Trabalhadores da alta administração: Juizes, Promotores, Diretores, Administradores, Gerentes, Supervisores, Assessores, Consultores, etc.	<input type="radio"/> 11
Profissionais liberais autônomos: Médico, Advogado, Contador, Arquiteto, Engenheiro, Dentista, Representante comercial, Oculista, Auditor, etc.	<input type="radio"/> 10
Trabalhadores assalariados administrativos, Técnicos e Científicos: Chefias em geral, Assistentes, Ocupações de nível médio e superior, Analistas, Atletas profissionais, Técnicos em geral, Servidores públicos de nível superior, etc.	<input type="radio"/> 09
Trabalhadores assalariados da produção, bens e serviços e da administração (indústria, comércio, serviços, setor público e sistema financeiro), ajudantes e auxiliares, etc.	<input type="radio"/> 07
Trabalhadores por conta própria: autônomos - Pedreiros, Caminhoneiros, Marceneiros, Feirantes, Cabelereiros, Taxistas, Vendedores etc. - Com empregado _____ <input type="radio"/> 07 - Sem empregado _____ <input type="radio"/> 06	
Pequenos produtores rurais: Meeiro, Parceiro, Chacareiro, etc. - Com empregado _____ <input type="radio"/> 05 - Sem empregado _____ <input type="radio"/> 03	
Empregados domésticos: Jardineiros, Diaristas, Mensalista, Faxineiro, Cozinheiro, Mordomo, Babá, Motorista Particular, Atendentes, etc. - Urbano _____ <input type="radio"/> 03 - Rural _____ <input type="radio"/> 02	
Trabalhadores rurais assalariados, volantes e assemelhados, ambulantes, chapa, Bóia Fria, Ajudantes Gerais.	<input type="radio"/> 01

QUESTIONÁRIO AMAMENTAÇÃO

01. Amamentação: Continua amamentando no peito? () Sim () Não
Se sim: Mama NO PEITO durante a noite? () Sim () Não Quantas vezes? (1) (2) (3) (4+)
Caso não: Mamou até quantos meses? _____
Motivo do desmame: () Leite secou/pouco leite () Retorno da mãe ao trabalho () Decisão pessoal da mãe () Desmame pelo bebê () Indicação médica () Falta de apoio/informação () Outros _____
02. A criança ainda usa mamadeira? () Sim () Não () Somente pra beber água
Se sim: Como é preparada (conteúdo)? _____
Com que frequência (quantas vezes por dia)? (1) (2) (3) (4+)
Toma mamadeira no meio da noite? () Sim () Não Quantas vezes? (1) (2) (3)
03. Tempo total de aleitamento materno **exclusivo**? _____ (meses)

QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE GERAL - Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a saúde geral da sua criança entre 3 e 4 anos (ou no último ano):

26. A criança frequenta creche/escolinha? () Sim () Não Caso sim, desde qtos meses? _____
27. A criança faz esportes? () Sim () Não Caso sim, quantas vezes por semana? _____ Em horas por semana: _____ Quais? () Futebol () Dança () Luta () Natação () Outros: _____
28. As vacinas estão todas em dia? () Sim () Não
Se não, quais ausentes? _____
29. Quem é o cuidador da criança? () Mãe () Pai () Avó () Babá () Outro
29. Neste último ano, a criança teve alguma destas doenças?
- | | | |
|---|--|---|
| () Pneumonia | () Coqueluxe | () Viroses |
| () Bronquite/bronquiolite () Catapora | () Poliomielite () Meningite | () Infecção de garganta () Dengue |
| () Caxumba () Rubéola () Otite | () Sarampo () Infecção urinária () Vírose comum | () Estomatite () COVID-19 () Outra _____ |
47. A criança tem algum problema respiratório? () Sim () Não Caso sim, qual?
() Asma () Rinite alérgica () Adenóide () Apneia () Outro _____
49. A criança possui alguma alteração sistêmica diagnosticada? (Ex: diabetes, hipertensão, outros)
() Sim () Não Caso sim, qual? _____
50. A criança faz uso contínuo de alguma medicação? () Sim () Não Caso sim, responda:
Quais? _____
Motivo: _____
51. A criança foi hospitalizada nesse último ano? () Sim () Não.
Se sim motivo: _____ Quanto tempo? _____
52. A criança já fez alguma cirurgia? () Sim () Não.
Caso sim, qual? _____
48. A criança possui alguma alteração de comportamento diagnosticada? (Ex: TDAH, Ansiedade, Autismo, TOD, PICA) -
() Sim () Não Caso sim, qual? _____

QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES

14. Agora vou fazer algumas perguntas sobre a alimentação da criança. Por favor, responda com base nos alimentos que são consumidos habitualmente, ou seja, todos ou quase todos os dias:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suco da fruta | <input type="checkbox"/> Ovo | <input type="checkbox"/> Arroz/macarrão | <input type="checkbox"/> Comida de sal (de panela, sopa, papa) |
| <input type="checkbox"/> Suco de caixinha | <input type="checkbox"/> Fígado | <input type="checkbox"/> Feijão | <input type="checkbox"/> Papa doce (maisena, mucilon) |
| <input type="checkbox"/> Chá | <input type="checkbox"/> Carne (vermelha, frango ou suíno) | <input type="checkbox"/> Refrigerante | |
| <input type="checkbox"/> Frutas | <input type="checkbox"/> Alimentos embutidos (salsicha, presunto, mortadela, nuggets, carne de hambúrguer) | <input type="checkbox"/> Salgadinhos de pacote (cheetos, batatas) | |
| <input type="checkbox"/> Legumes e verduras | <input type="checkbox"/> Enlatados | <input type="checkbox"/> Balas, pirulitos, chiclete, gelatina, chocolate | |
| <input type="checkbox"/> Iogurte | <input type="checkbox"/> Miojo | <input type="checkbox"/> Leite de vaca | |
| <input type="checkbox"/> Biscoito ou bolacha de sal | | <input type="checkbox"/> Fórmula infantil | |
| <input type="checkbox"/> Biscoito recheado ou doce (maisena) | | | |

16. Adiciona açúcar (qualquer tipo) ou mel no preparo dos alimentos? sim não. Se sim, quantas vezes ao dia? 1 2 3 4 5 6 ou mais

17. Adiciona achocolatado no leite da criança? Sim Não Não toma leite

18. Adiciona açúcar ou mel na fruta que oferece pra criança? Sim Não

19. A criança já come/comeu guloseimas (bombom, pirulito, brigadeiros, chocolate)?

Sim Não; Caso sim, que idade ela tinha quando comeu pela primeira vez? _____

20. A criança já toma/tomou refrigerante? Sim Não.

Caso sim, qual idade tomou pela primeira vez? _____

21. Você estabeleceu limites para quantos doces a criança pode comer?

1. Nunca (não estabelece limites); 2. 1 ou 2x na semana; 3. 3 ou + vezes na semana; 4. 1 ou 2x por dia; 5. 3 ou + vezes por dia; 6. Não se aplica (a criança não come doces).

22. Você estabeleceu limites para quantos refrigerantes a criança poderia ter todos os dias?

1. Nunca (não estabelece limites); 2. 1 ou 2x na semana; 3. 3 ou + vezes na semana; 4. 1 ou 2x por dia; 5. 3 ou + vezes por dia; 6. Não se aplica (a criança não toma refrigerante).

23. Você estabeleceu limites para quantos salgadinhos a criança poderia ter todos os dias?

1. Nunca (não estabelece limites); 2. 1 ou 2x na semana; 3. 3 ou + vezes na semana; 4. 1 ou 2x por dia; 5. 3 ou + vezes por dia; 6. Não se aplica (a criança não come salgadinhos).

24. A criança costuma realizar alguma refeição, comer ou beber algo assistindo TV, mexendo no tablet ou celular? Sim Não

24. Quanto tempo de uso diário de TV, celular ou tablet (horas): _____

25. Descreva o que a criança geralmente come no dia:

Café da manhã: _____

Lanche da manhã: _____

Almoço: _____

Lanche da tarde: _____

Jantar: _____

Ceia: _____

Pesquisador deve contar o nº de vezes de ingestão diária de açúcar: (1) (2) (3) (4) (5) (6ou+)

QUESTIONÁRIO ERUPÇÃO DENTÁRIA - QUADRO CRONOLOGIA E SEQUÊNCIA DE ERUPÇÃO

Examinador preencher baseado no cartão de retorno

O cartão foi preenchido corretamente? () Sim, está completo () Preenchido parcialmente () Não preenchido
() Não trouxe / perdeu

Dente	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
Ordem										
Idade(m)										
Dente	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
Ordem										
Idade(m)										

QUESTIONÁRIO HÁBITOS DE HIGIENE ORAL, HÁBITOS DE SUÇÃO E DELETÉRIOS - Agora vou lhe fazer algumas perguntas alguns hábitos que sua criança tenha tido entre 3 e 4 anos (ou no último ano):

32. É realizado algum tipo de higiene na boca da criança? () Sim () Não
 33. Quantas vezes ao dia realiza a higiene da boca? () 1 () 2 () 3 ou + () Não faz
 34. O que utiliza? () Escova + creme dental c/flúor () Escova + creme dental s/flúor () Outro () Não faz
 34. Qual a concentração de flúor na pasta? () Sem flúor () 500ppm () 1000ppm () Acima de 1000ppm () Não soube informar
 34. Qual a quantidade de creme dental que você coloca na escova?

1	2	3	4
			
Menos que um grão de arroz	Grão de arroz	Grão de ervilha	Mais que um grão de ervilha

35. A criança usa fio dental diariamente? () Sim () Não
 36. Quem realiza a higiene? () Pai () Mãe () Pai/mãe () Avó () Babá () Própria criança () Outro () Não faz
 37. Qual a fonte de água ingerida pela criança? () Torneira () Filtro () Mineral () Poço () Outro
 38. A criança usa chupeta? () sim () não Se não, já chupou () sim () Não Com que idade parou? _____
 40. Chupa o dedo? () Sim () Não Se não, já chupou () sim () Não Com que idade parou? _____
 42. Chupa a língua? () Sim () Não
 43. Rói as unhas? () Sim () Não
 44. Range os dentes (bruxismo)? () Sim () Não
 45. Ronca quando está dormindo? () Sim () Não
 46. Depois que a criança acorda, você percebe se o travesseiro, lençol ou cama ficaram babados? () Sim () Não
 48. Durante as atividades diárias, brincadeiras ou assistindo tv, você percebe se a criança fica de boca aberta, como se estivesse respirando pela boca? () Sim () Não

QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMATISMO DENTÁRIO - Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre acidentes que a criança tenha tido entre 3 e 4 anos (ou no último ano):

49. A criança já bateu a boca alguma vez? () Sim () Não **Caso não, pular para exame clínico.**
50. Bateu em algum dente? () Sim () Não () Não bateu
Caso sim, qual o dente? _____
51. Machucou tecido mole? () Sim () Não () Não bateu
Se sim, qual? () lábio () bochecha () língua () freio labial
52. Onde aconteceu o trauma? () Casa () Escola () Rua () Praticando esporte () Outro _____
53. Como foi? () Queda da própria altura () Queda de altura () Colisão
() Acidente automobilístico (Carro ou moto) () Outro _____
54. Procurou atendimento odontológico por causa do trauma? () Sim () Não () Não se aplica Caso não tenha procurado atendimento, qual o motivo?
() Falta de informação () Receio com os custos () Falta de acesso ao profissional especializado () Outros: _____
55. O que aconteceu com o dente?

Lesões dentárias traumáticas

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
A										
B										
C										
D										
D										
C										
B										
A										
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Legenda:

A. Sinais clínicos	B. Tecido de suporte	C. Tecido duro	D. Sequelas no dente traumatizado
0. Sem traumatismo	1. Concussão	1. Trinca de esmalte	1. Nenhuma sequela
1. Fratura de esmalte somente	2. Subluxação	2. Fratura de esmalte	2. Perda precoce
2. Fratura de esmalte e dentina	3. Intrusão	3. Fratura de esmalte e dentina	3. Fístula / necrose pulpar
3. Qualquer fratura e sintomas de envolvimento pulpar	4. Luxação latera	4. Fratura de esmalte e dentina com exposição pupar	4. Alteração de cor
4. Sem fratura mas com sinais/sinto- mas de envolvimento pulpar	5. Extrusão	5. Fratura coro-radicular	5. Posição ectópica
5. Dente perdido	6. Avulsão	6. Fratura radicular	6. Mobilidade
6. Outro dano (especificar)			7. Outros
7. Não avaliado			

EXAME CLÍNICO

1. CAST, IPV, ISG

CAST

IPV – Índice de Placa Visível (por unidade) – 0: ausência; 1: presença

ISG – Índice de Sangramento Gengival (por unidade) – 0: ausência; 1: presença

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
DOR										
IPV										
ISG										
M										
O										
D										
V										
L										
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
DOR										
IPV										
ISG										
M										
O										
D										
V										
L										

Característica	Código	Descrição
Hígido	0	Não há presença de evidência visível de lesão cariosa
Selante	1	Fóssulas e/ou fissuras estão ao menos parcialmente cobertas com um material selante
Restauração	2	A cavidade está restaurada com um material restaurador indireto ou direto
Esmalte	3	Nítida mudança visual no esmalte, somente. É visível uma evidente descoloração de origem cariiosa, que apresenta ou não ruptura localizada de esmalte.
Dentina	4	Descoloração interna relacionada à cárie em dentina. A dentina descolorada é visível através do esmalte, que pode ou não apresentar ruptura localizada.
	5	Cavitação nítida em dentina. A câmara pulpar está intacta.
Polpa	6	Envolvimento da câmara pulpar. Cavitação nítida envolvendo a câmara pulpar ou presença somente de restos radiculares.
Abscesso/ Fístula	7	Presença de um inchaço contendo pus ou um trato liberando pus, relacionado à um dente com envolvimento pulpar.
Perdido	8	O dente foi removido devido à cárie dentária.
Outro	9	Não corresponde às demais descrições.

2. Defeitos de Desenvolvimento do esmalte – Índice DDE modificado

				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
A																	
B																	
C																	
C																	
B																	
A																	
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				

- A. Tipo do Defeito**
1. Normal
 2. Opacidade demarcada
 3. Opacidade difusa
 4. Hipoplasia
 5. Outros defeitos
 6. Demarcada e difusa
 7. Demarcada e hipoplásica
 8. Difusa e Hipoplásica
 9. Todos os três defeitos

B. Localização do defeito

1. Metade Gengival
2. Metade Incisal
3. Oclusal
4. Cúspide

C. Extensão do defeito

1. Menos de 1/3 da superfície
2. Mais de 1/3 e menos de 2/3
3. Mais de 2/3 da superfície

3. Avaliação da oclusão (Foster e Hamilton, 1969)

Relação de caninos:

1. Classe I
2. Classe II
3. Classe III
4. Não pode avaliar

Relação terminal dos segundos molares decíduos:

1. Plano terminal Reto
2. Degrau mesial
3. Degrau distal
4. Não pode avaliar

Sobressaliência:

1. Normal (Até 2mm)
2. Aumentada (≥ 2 mm)
3. Topo a topo (=0mm)
4. Cruzada anterior(<0mm)

Sobremordida:

1. Normal(1-3mm)
2. Reduzida(Topo-a-topo)
3. Aberta(<0mm)
4. Profunda(> 3mm)
5. N pode avaliar

Mordida cruzada posterior:

1. Ausente
2. Unilateral
3. Bilateral
4. Não pode avaliar

Arco de Baume:

1. Tipo I
2. Tipo II
3. Misto (uma arcada com espaços e outra sem)
4. Não pode avaliar

Presença de apinhamento dos incisivos:

1. Ausente
2. Arco superior
3. Arco inferior
4. Ambos **Presença**

de espaço primata superior?

1. Sim
2. Não
3. Não pode avaliar

Presença de espaço primata inferior?

1. Sim
2. Não
3. Não pode avaliar

Selamento labial passivo

1. Sim
2. Não

4. Bruxismo

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Legenda:

- 0 - sem perda das características da superfície do esmalte;
- 1 - com perda das características da superfície do esmalte;
- 2 - com perda de esmalte expondo dentina em menos de um terço da superfície;
- 3 - com perda de esmalte expondo dentina mais de um terço da superfície;
- 4 - com perda completa do esmalte, expondo dentina secundária e exposição pulpar.
- "E" - com perda por erosão dentária
- 9 - exame não realizado (restauração ampla/dente ausente)

Presença de edentação na bochecha?

1. Sim
2. Não

Presença de língua edentada?

1. Sim
2. Não

Condição do lábio?

1. Normal
2. Seco
3. Descamado
4. Sucção
5. Mordido

5. Comportamento da criança durante o atendimento (Frankl et al., 1962):

() Definitivamente negativo () Negativo () Positivo () Definitivamente positivo

Código	Descrição
1	Definitivamente negativo: Recusa de tratamento; chorando com força, medo ou qualquer outra evidência de negativismo extremo
2	Negativo: Relutância em aceitar tratamento; não cooperativo; alguma evidência de atitude negativa, mas não pronunciada, ou seja, retirada súbita
3	Positivo: Aceitação de tratamento; no momento das precauções; vontade de cumprir com o dentista, no momento da reserva, mas o paciente segue as instruções do dentista de forma cooperativa
4	Definitivamente positivo: Boa relação com o dentista; interessado nos procedimentos odontológicos; rindo e aproveitando as situações

6. Classificação de desgaste erosivo - Basic Erosiv Wear Examination (BEWE)

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

- 0 - Sem desgaste erosivo
- 1 - Perda inicial de textura da superfície
- 2 - Defeito definitivo, perda de tecido duro <50% da área da superfície (dentina envolvida)
- 3 - Defeito distintivo, perda de tecido duro > ou igual a 50% da área da superfície (dentina envolvida)

AVALIAÇÃO POR SEXTANTE

OBS.: Considerar no sextante o dente com o maior score.

APÊNDICE 3

Descritivo da Análise Estatística

Quadro 1 - Determinação das Variáveis

Nome da variável	Coleta da variável	Tipo da variável	Tratamento da variável
Número de dentes decíduos cariados por criança	CAST	Discreta (0 a 20 dentes cariados)	Variável dependente (análise 1 - modelo de regressão binomial negativa)
Gravidade de cárie pelo score CAST máximo por criança	CAST	Catagórica (0=hígido; 1=selante; 2=restauração; 3=lesão em esmalte; 4=sombra em dentina; 5=cavitação em dentina; 6=envolvimento pulpar; 7=abscesso/fístula; 8=perdido por cárie) Recategorizada: presença de lesão de cárie em dentina (códigos CAST 4, 5, 6, 7 e 8) e ausência de cárie em dentina (códigos CAST 0, 1, 2 e 3)	Variável dependente (análise 2 - modelo de regressão binária)
Lesão cariosa (presença/ ausência)	CAST	Catagórica (1=lesão cariosa ativa ou inativa em esmalte ou dentina, cavitada ou não cavitada, com ou sem comprometimento pulpar; 2=ausência de lesão cariosa)	Variável dependente (análise descritiva)
Estilo parental	PSDQ	Catagórica (1=autoritário; 2=autoritativo; 3=permissivo)	Variável independente
Nível socioeconômico	Inquérito socioeconômico proposto por Graciano e Lehfeld (2010)	Catagórica (1=baixa inferior; 2=baixa superior; 3=média inferior; 4=média; 5=média superior; 6=alta). Recategorizada em: baixa=1 e média=2 (categorias média alta e alta sem observações)	Variável de ajuste
Idade da mãe (anos)	Anamnese	Contínua	Variável de ajuste
Idade da criança (meses)	Anamnese	Contínua	Variável de ajuste
Sexo da criança	Anamnese	Catagórica (1=maculino;	Variável de ajuste

		2=feminino)	
Placa visível	Exame clínico	Categórica (1=presença de ao menos um dente com placa visível; 2=ausência de placa visível)	Variável de ajuste
Sangramento gengival	Exame clínico	Categórica (1=presença de pelo menos um ponto sangrante no sulco gengival dos dentes avaliados; 2=ausência de sangramento gengival)	Variável de ajuste
Frequência diária de escovação	Anamnese	Discreta (1 a 3 ou + vezes ao dia)	Variável de ajuste
Dentífrico fluoretado	Anamnese	Categórica (0=não soube informar; 1=concentração ≥ 1000 ppm de F; 2=dentífrico sem flúor ou concentração < 1000 ppm de F)	Variável de ajuste
Escovação realizada por um adulto	Anamnese	Categórica (1=escovação dentária infantil realizada por um adulto pelo menos uma vez ao dia; 2=não)	Variável de ajuste
Já frequenta a escola/ creche	Anamnese	Categórica (1=sim; 2=não)	Variável de ajuste
Aleitamento materno exclusivo até 06 meses	Anamnese	Categórica (1=sim; 2=não)	Variável de ajuste
Ingestão diária de açúcar	Recordatório Alimentar 24 horas	Discreta (0 a 6 vezes ao dia)	Variável de ajuste

Os dados foram analisados com o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS para Windows, versão 21.0, SPSS Inc. Chicago, IL, EUA). Foi realizada estatística descritiva e modelos de regressão não ajustada e ajustada calculando-se intervalo de confiança a 95%. Para avaliar a diferença na distribuição das variáveis contínuas entre os grupos independentes de estilo parental (autoritário, autoritativo e permissivo) foi realizado teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e como nenhuma variável assumiu distribuição normal, foi realizado teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Estava planejado o teste de Dunn para identificar a diferença entre os grupos caso fosse encontrada. Não houve diferença entre os grupos. Já o teste não paramétrico de Mann Withney foi utilizado para a avaliação da relação da presença/ ausência de lesões cariosas e as variáveis quantitativas do estudo. No caso de variáveis categóricas, foram realizados os testes qui-quadrado ou exato de Fisher.

Análise 1:

Inicialmente foi planejado fazer um modelo de regressão de Poisson para verificar a razão da taxa de incidência de dentes decíduos cariados (RTI). A regressão de Poisson assume que as variâncias condicionais dos resíduos são iguais às médias condicionais (valores previstos). Quando as variâncias condicionais excedem as médias condicionais significa que há superdispersão (Coxe *et al.*, 2009; Chau *et al.*, 2018). Os dados do modelo de regressão de Poisson apresentaram superdispersão com o coeficiente de dispersão do modelo ajustado de 5,23 ($> 1,0$) (Quadro 2). Assim, o modelo de regressão binomial negativa (RBN) foi o mais adequado para a análise. Foi utilizado o teste de McFadden's pseudo-R quadrado no Excel para verificar o ajuste do modelo (Figura 1). Este índice representa a melhoria proporcional no ajuste do modelo contendo o conjunto de preditores e o modelo nulo (ou somente intercepto) (Long, Freese, 2014). Além disso, também foram utilizados os parâmetros Critério de Informação de Akaike (AIC) e Critério de informação Bayesiano (BIC) para a seleção do modelo de regressão binomial negativa mais adequado. O modelo de escolha em termos de ajuste é aquele com valores menores de AIC e BIC (Coxe *et al.*, 2009). Embora os critérios AIC e BIC sejam menores no Modelo 2, o modelo de escolha, e que está apresentado na íntegra, foi o Modelo 1 (ajustado para renda e ingestão diária de açúcar, e variáveis com $p \leq 0,20$) porque pseudo R-quadrado de McFadden foi maior. Isso indica uma melhoria de 1,04% no ajuste em relação ao modelo RBN nulo contendo somente o intercepto.

Quadro 2 - Comparação de modelos de regressão binomial negativa (RBN)

	Informação de Akaike (AIC)	Critério de informação Bayesiano (BIC)	Desvio da equidispersão	McFadden's pseudo-R quadrado (relação ao modelo nulo)	Log probabilidade
Modelo de regressão de Poisson	1751,868	1776,712	5,23	-	-868,934
Modelo cheio (contendo todas as variáveis de ajuste)	1086,844	1150,728	1,011	-	-525,422
Modelo nulo (apenas intercepto)	1071,032	1078,130	0,93	-	-533,516
Modelo 1 (ajustando para renda e ingestão de açúcar)	1071,880	1100,272	0,968	0,01045	-527,940
Modelo 2 (apenas variáveis com $p \leq 0,20$ na não ajustada)	1070,453	1091,748	0,959	0,00803	-529,227

$$McFadden's \text{ pseudo } R - \text{ square} = 1 - \frac{-2LL_{full}}{-2LL_{null}} = 1 - \frac{deviance_{full}}{deviance_{null}}$$

Figura 1 - Fórmula para calcular McFadden's pseudo-R quadrado (cálculo realizado em Excel)

Análise 2:

Para avaliar se o estilo parental está associado à gravidade de cárie, foi realizado um modelo de regressão logística binária. A variável dependente cárie foi dicotomizada de acordo com a irreversibilidade das lesões em: presença de cárie em dentina (incluindo cárie em dentina ou polpa ou fístula/abscesso ou perdido por cárie) e ausência de cárie em dentina (incluindo dentes hígidos ou com cárie em esmalte ou restauração ou selante). Inicialmente se planejou fazer um modelo de regressão logística multinomial mas devido à ausência de observações na variável estilo parental, foi necessário alterar o tipo de regressão. Foram realizados modelos não ajustado e ajustado pelo método Backward Elimination (Wald) e calculados odds ratios (OR) e os intervalos de confiança a 95%.

Para se evitar problemas de colinearidade entre as variáveis explicativas foram utilizados os parâmetros Fator inflacionário de variância (VIF) e Valor de tolerância (Quadro 3). Variáveis com VIF menor do que 10 e tolerância maior do que 0,10 foram mantidas no modelo por indicarem ausência de colinearidade (Gujarati, 2011).

Quadro 3 - Dados de Fator inflacionário de variância (VIF) e Valor de tolerância para indicar a ausência de colinearidade entre as variáveis

Variável	VIF	Tolerância
Estilo parental	1,047	0,955
Renda	1,048	0,955
Idade da mãe (anos)	1,038	0,964
Idade da criança (meses)	1,067	0,937
Sexo da criança	1,044	0,958
Sangramento gengival	1,088	0,919
Sim	1,119	0,894
Não	1,096	0,913
Dentifrício fluoretado (≥ 1000 ppm F)	1,024	0,976
Escovação realizada por um adulto	1,044	0,958
Frequente a escola	1,067	0,937
Aleitamento materno exclusivo até 06 meses	1,057	0,946
Ingestão diária de açúcar (zero a 6 vezes ao dia)	1,039	0,962

Referências da Análise Estatística:

Coxe S, West SG, Aiken LS. The analysis of count data: A gentle introduction to Poisson regression and its alternatives. *Journal of Personality Assessment*. 2009;91(2):121–136.

Chau AMH, Lo ECM, Wong MCM, Chu CH. Interpreting Poisson Regression Models in Dental Caries Studies. *Caries Res*. 2018;52(4):339-345.

Long S, Freese J. Regression models for categorical dependent variables using Stata (3rd ed.). Stata Press: College Station. 2014.

Gujarati DN, Porter DC. *Econometria Básica-5*. Amgh Editora, 2011.

ANEXO 1

STROBE -Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	1
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	5
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	11-12
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	12-13
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	13-14
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	14
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	14
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	14-18
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	14-18
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	17-18
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	19
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	14-18
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	19-20
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	19-20
		(c) Explain how missing data were addressed	-
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	19-20
		(e) Describe any sensitivity analyses	-
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study— eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	20
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	20
		(c) Consider use of a flow diagram	21
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	21-22
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	20
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	20-31
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable,	20-31

		confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	20-31
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	20-31
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	20-31
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	31-33
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	34-35
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	31-35
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	34-35
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	-

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

ANEXO 2

Parecer Consubstanciado do CEP



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Freio Lingual, do desenvolvimento da oclusão e defeitos de desenvolvimento de esmalte em bebês nascidos no Hospital Universitário de Brasília

Pesquisador: Vanessa Polina Pereira da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65537117.1.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.052.955

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do Departamento de Odontologia

Resumo: O freio lingual é uma estrutura anatômica que se localiza na face inferior da língua e se apresenta como uma pequena prega de membrana mucosa que conecta a língua com o assoalho bucal. Um freio lingual curto e aderido ao assoalho bucal dificulta os movimentos da língua, o que pode prejudicar as diversas funções dessa estrutura como sucção, fala e alimentação. Tal alteração é denominada clinicamente pelo termo anquiloglossia e popularmente conhecida como "língua presa". A avaliação criteriosa desta alteração é importante, uma vez que sua presença pode ocasionar problemas para o recém-nascido, principalmente em função da dificuldade de amamentação. O objetivo deste estudo longitudinal é determinar a prevalência de anquiloglossia de uma coorte de bebês nascidos no Hospital Universitário de Brasília (HUB), além de avaliar o desenvolvimento da oclusão e a ocorrência de defeitos de desenvolvimento de esmalte nesta coorte. Serão aplicados os protocolos "Teste da Linguinha" (Martinelli, 2013) e - Bristol Tongue Assessment Tool - BTAT (Ingram et al., 2015), em bebês recém-nascidos, bem como posterior avaliação da oclusão dentária através do Índice de Foster e Hamilton (1969) e da presença de defeitos de desenvolvimento de esmalte pelos critérios da FDI (1992) modificado. A cronologia de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.052.050

erupção será marcada em um cartão preenchido pelas mães. As crianças serão avaliadas logo após o nascimento, em 30 dias, 6 meses, 12 meses e anualmente até completarem 6 anos de vida. Dados sobre a gestação e nascimento do bebê, bem como de intercorrência no período natal e pós-natal serão coletadas do prontuário médico das mães e dos recém-nascidos, respectivamente. Os exames serão realizados por quatro professoras de Odontopediatria, com experiência no atendimento de crianças e bebês, previamente treinadas e calibradas. Os dados serão tabulados em planilha Excel e transferidos para o programa Stata versão 12.0 e o teste estatístico que melhor se aplicar para avaliação dos instrumentos será realizado.

Hipótese:

Crianças com presença de freio lingual alterado terão maiores dificuldades com a amamentação e portanto poderão apresentar baixo peso e posteriormente, problemas de oclusão. Crianças que tiverem intercorrências durante a gestação, no parto ou no pós-parto poderão desenvolver alteração no esmalte dentário

Objetivo da Pesquisa:

2.1 Objetivo Geral

2.1.1 Determinar a prevalência de anquiloglossia de uma coorte de bebês nascidos no Hospital Universitário de Brasília (HUB);

2.1.2 Avaliar o desenvolvimento da oclusão e a ocorrência de defeitos de desenvolvimento de esmalte nesta coorte.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Aplicar o protocolo estabelecido em Lei "Teste da Linguinha" e verificar sua acurácia no diagnóstico de anquiloglossia;

2.2.2 Comparar a prevalência de anquiloglossia entre dois instrumentos diferentes para avaliação do freio e a correlação entre estes instrumentos.

2.2.3 Acompanhar as crianças avaliadas para a verificação de problemas relacionados à amamentação;

2.2.4 Determinar a cronologia de erupção;

2.2.5 Correlacionar as intercorrências de saúde durante o período pré-natal e pós-natal com o desenvolvimento da oclusão e a ocorrência de defeitos de desenvolvimento de esmalte;

2.2.6 Determinar a prevalência de defeitos de desenvolvimento de esmalte nesta população.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CNPJ: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.052.955

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O protocolo proposto segue os preceitos éticos. Nenhum procedimento invasivo será realizado, o que minimiza a ocorrência de riscos decorrentes da coleta de dados, no entanto durante o exame clínico as crianças podem sentir algum desconforto e chorarem, esse é um comportamento esperado e a mãe será informada antes do exame, sendo minimizado através do contato com a mãe e amamentação imediata após a realização da avaliação do freio lingual. Nos demais procedimentos preventivos adaptação do comportamento será realizada para que a criança seja ambientada ao consultório odontológico. Acredita-se que, as crianças participantes se beneficiarão por meio da inserção em um programa contínuo de prevenção odontológico. Entretanto, a participação no programa está garantida a todas as crianças nascidas no HUB, independentemente de seus pais aceitarem participar da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo de desenho longitudinal envolvendo população de crianças nascidas na maternidade do Hospital Universitário de Brasília (HUB) de março a dezembro de 2017. Será aplicado o protocolo "Teste da Linguinha" (Martinelli, 2013) e o protocolo do teste - Bristol Tongue Assessment Tool - BTAT (Ingram et al.2015). As crianças serão avaliadas logo após o nascimento, em 30 dias, 6 meses, 12 meses e anualmente até completarem 6 anos de vida.

Os objetivos da foram uniformizados

Sobre critérios de inclusão:

- Todas as crianças nascidas no HUB no período de março a dezembro de 2017 serão incluídas

Crítérios de Exclusão:

-Serão excluídos os recém-nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas gestacionais; os hipoxiados graves; os com problemas neurológicos, incluindo a microcefalia; os com síndromes genéticas e malformações orofaciais; aqueles cujas mães façam uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas; e os cujo estado de saúde não permita a avaliação clínica da cavidade bucal bem como contraindiquem o aleitamento materno.

Amostra:

Tamanho da Amostra prevista para a pesquisa: 1.170 crianças.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsub@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.052.858

Trata-se de instrumentos validados, sendo que o modelo dos ICD foram inseridos no projeto. A pesquisadora afirma que será realizada uma calibração dos protocolos de avaliação do freio lingual com testes envolvendo, no mínimo, 10 crianças. Afirma ainda que : "Para isso serão examinadas crianças que frequentam o projeto de extensão Impacto da Atenção Odontológica à Gestante e a experiência de cárie no Bebê", que não farão parte do estudo".

Avaliação dos dados:

Digitação das informações na planilha excell com dupla entrada. Análise estatística utilizando o programa Stata versão 12.0 com frequências simples. Não é mencionado nenhum teste estatístico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para análise e emissão do parecer n. 2.043.799 foram considerados os seguintes documentos:

- Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_846988.pdf postado em 18/04/2017
- Termo_conc_coord_ext.docx postado em 18/04/2017
- Carta_Resposta.docx postado em 18/04/2017
- TCLE TCLE.docx postado em 18/04/2017
- Orçamento planilha_orcamento_CEPFS.doc postado em 18/04/2017
- Projeto Detalhado Projeto_Pesquisa_Linguinha_Comite.docx postado em 18/04/2017

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Avaliação das pendências geradas no parecer n. : 2.007.808:

1.Solicita-se uniformizar as informações acerca dos objetivos da pesquisa em ambos os documentos: Projeto detalhado e informações básica do projeto, uma vez que a informação está divergente nos documentos citados.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Os objetivos da pesquisa foram corrigidos nas informações básicas do projeto na Plataforma Brasil, sendo inseridos os mesmos objetivos que constam no projeto detalhado.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (011)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.092.955

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Solicita-se incluir um termo de concordância da coordenadora do projeto de extensão "Impacto da Atenção Odontológica à Gestante e a experiência de cárie no Bebê".

RESPOSTA DO PESQUISADOR: O termo de concordância da coordenadora do projeto foi inserido.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Solicita-se apresentar análise de risco no projeto de pesquisa, no projeto da plataforma e no TCLE, bem como uma descrição das formas para minimizá-lo.

Pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico."

RESPOSTA DO PESQUISADOR: A análise de risco, bem como as formas de minimizá-los foi inserida no projeto detalhado (pág 15, na seção 3. Metodologia em 3.13 Riscos e Benefícios), nas informações básicas da Plataforma Brasil e também no TCLE (5º parágrafo, 2ª linha).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Solicita-se realizar uma estimativa de valor com gastos decorrentes da participação na pesquisa na planilha orçamentária, uma vez que se trata de estudo longitudinal com avaliação da criança em momentos diferentes.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Os valores foram corrigidos a fim de estimar o orçamento correspondente ao período da pesquisa, tanto no orçamento do projeto detalhado (pág. 17), como na planilha orçamentária anexada como orçamento.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsub@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.052.955

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

5. Solicita-se revisar a data de início de coleta de dados no cronograma, uma vez que consta início para o mês de março e a pesquisadora precisará responder as pendências geradas no presente parecer e essas pendências serão analisadas antes do parecer final seja emitido.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: A coleta de dados se dará em junho de 2017 em decorrência da necessidade de adequação do projeto, para tanto corrigimos o cronograma no projeto detalhado e também nas informações básicas na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_846988.pdf	18/04/2017 16:46:30		Aceito
Outros	Termo_conc_coord_ext.docx	18/04/2017 16:44:07	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta.docx	18/04/2017 16:37:41	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/04/2017 16:32:10	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Orçamento	planilha_orcamento_CEPFS.doc	18/04/2017 16:31:54	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Pesquisa_Linguinha_Comite.do cx	18/04/2017 16:30:55	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: cep@unb@gmail.com
Telefone: (011)3157-1947



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.052.955

Investigador	Projeto_Pesquisa_Unguinha_Comite.docx	18/04/2017 16:30:55	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	Termo_compromisso_pesquisador.docx	23/02/2017 11:46:33	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_CEP.docx	23/02/2017 11:41:25	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	curriculum_lattes_geraldo.pdf	08/02/2017 17:04:13	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	curriculum_lattes_josealfredo.pdf	08/02/2017 17:03:46	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	curriculum_lattes_erica.pdf	08/02/2017 17:03:15	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	curriculum_lattes_soraya.pdf	08/02/2017 17:02:44	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	curriculum_lattes_elliana.pdf	08/02/2017 17:02:12	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	curriculum_lattes_vanessa.pdf	08/02/2017 17:01:47	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	termo_concordancia_area.pdf	02/02/2017 16:26:52	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	termo_concordancia_hub.pdf	02/02/2017 16:17:36	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Outros	termo_ciencia_coparticipante.pdf	02/02/2017 16:16:25	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	02/02/2017 16:09:49	Vanessa Polina Pereira da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3157-1947 E-mail: ccps@unb@gmail.com

ANEXO 3

Questionário de Estilo e Dimensões Parentais

Este questionário avalia *com que frequência* atua de determinado modo com o(a) seu/sua filho(a). Por favor, leia cada frase do questionário e responda *com que frequência* atua desse modo com o(a) seu/sua filho(a).

Atuo desta maneira:

- 1 = Nunca
- 2 = Poucas vezes
- 3 = Algumas vezes
- 4 = muitas vezes
- 5 = Sempre

1. Dou resposta aos sentimentos e necessidades do(a) meu/minha filho(a): _____
2. Castigo fisicamente o(a) meu/minha filho(a) como forma de o(a) disciplinar: _____
3. Tomo em conta o que o(a) meu/minha filho(a) quer ou deseja antes de lhe pedir para fazer algo: _____
4. Quando o(a) meu/minha filho(a) pergunta por que razão tem que obedecer, respondo: "Porque eu digo" ou "Porque sou teu/tua pai/mãe e quero que o faças": _____
5. Explico ao(à) meu/minha filho(a) como me sinto quando se porta bem e quando se porta mal: _____
6. Dou uma palmada ao(à) meu/minha filho(a) quando ele(a) é desobediente: _____
7. Incentivo o(a) meu/minha filho(a) a falar dos seus problemas: _____
8. Acho difícil disciplinar o(a) meu/minha filho(a): _____
9. Incentivo o(a) meu/minha filho(a) a expressar-se livremente, mesmo quando não está de acordo comigo: _____
10. Castigo o(a) meu/minha filho(a) retirando-lhe privilégios com poucas ou nenhuma explicação: _____
11. Saliento as razões das regras que estabeleço: _____
12. Quando o(a) meu/minha filho(a) está chateado(a), dou-lhe apoio e consolo: _____
13. Grito ou falo alto quando o(a) meu/minha filho(a) se porta mal: _____
14. Elogio o(a) meu/minha filho(a) quando se comporta ou faz algo bem: _____
15. Cedo ao(à) meu/minha filho(a) quando faz uma birra por qualquer coisa: _____
16. Enfureço-me com o(a) meu/minha filho(a): _____
17. São mais as vezes em que ameaço castigar o(a) meu/minha filho(a) do que aquelas em que realmente o(a) castigo: _____
18. Tomo em conta as preferências do(a) meu/minha filho(a) quando faço planos familiares: _____
19. Agarro o(a) meu/minha filho(a) quando ele(a) é desobediente: _____
20. Dito castigos ao(à) meu/minha filho(a) mas realmente não os aplico: _____

1 = Nunca 2 = Poucas vezes 3 = Algumas vezes 4 = muitas vezes 5 = Sempre

21. Demonstro respeito pelas opiniões do(a) meu/minha filho(a) incentivando que as expresse: _____
22. Permito que o(a) meu/minha filho(a) dê a sua opinião relativamente às regras familiares: _____
23. Ralho (reclamo) e critico para fazer o(a) meu/minha filho(a) melhorar: _____
24. Estrago o(a) meu /minha filho(a) com mimos: _____
25. Explico ao(à) meu/minha filho(a) por que razões as regras devem ser obedecidas: _____
26. Uso ameaças como forma de castigo com poucas ou nenhuma justificações: _____
27. Tenho momentos especiais e calorosos com o(a) meu/minha filho(a): _____
28. Castigo o(a) meu/minha filho(a) colocando-o(a) algures sozinho(a) com poucas ou nenhuma explicações: _____
29. Ajudo o(a) meu/minha filho(a) a perceber o resultado do seu comportamento incentivando-o(a) a falar acerca das consequências das suas ações: _____
30. Ralho (reclamo) e critico quando o comportamento do(a) meu/minha filho(a) não corresponde às minhas expectativas: _____
31. Explico ao(à) meu/minha filho(a) as consequências do seu comportamento: _____
32. Dou uma palmada no(a) meu/minha filho(a) quando se porta mal: _____

ANEXO 4

Instrumento de Avaliação Socioeconômica

Quadro 1 – Situação econômica da família				
RENDA BRUTA	Pontos			
+ DE 100 SM	21			
+ DE 60 A 100 SM	18			
+ DE 30 A 60 SM	14			
+ DE 15 A 30 SM	12			
+ DE 9 A 15 SM	09			
+ DE 4 A 9 SM	05			
+ DE 2 A 4 SM	03			
+ DE ½ A 2 SM	02			
ATÉ ½ SM	01			
TIPO DE RENDIMENTO:				
<input type="checkbox"/> salário <input type="checkbox"/> retirada pró-labore <input type="checkbox"/> rendimento financeiro <input type="checkbox"/> aluguéis <input type="checkbox"/> benefícios do governo <input type="checkbox"/> honorários <input type="checkbox"/> aposentadoria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pensionista <input type="checkbox"/> seguro desemprego <input type="checkbox"/> outros Especificar: _____				
Quadro 2 – Número de membros residentes da família				Pontos
1 a 2				06
3 a 4				04
5 a 6				03
7 a 8				02
Acima de 8				01
Quadro 3 – Escolaridade dos membros da família				Pontos
Superior				07
Superior incompleto ou Médio completo				05
Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até o 9º ano)				04
Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8º ano) ou Fundamental – Ciclo I completo (até o 5º ano)				03
Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano)				02
Alfabetizado				01
Analfabeto				00
Obs.: Especificar o nível educacional dos membros da família. Pontuar somente o maior nível educacional dentre os “responsáveis” (com rendimentos).				
Quadro 4 – Habitação				
Condição / situação	Pontos			
	Insatisfatória	Regular	Boa	Ótima
Própria	7	8	9	10
Financiada	6	7	8	9
Alugada	5	6	7	8
Cedida	3	4	5	6
Outras	0	0	1	2
Obs: Para pontuar condição / situação habitacional: considerar: tipo, modalidade, acomodações, zona e infra-estrutura (água, luz, esgoto e coleta de lixo, telefonia).				

Quadro 5 – Ocupação dos membros da família		Pontos
Empresários: Proprietários na agricultura, agroindústria, indústria, comércio, sistema financeiro, serviços, etc.		13
Trabalhadores da alta administração: Juízes, Promotores, Diretores, Administradores, Gerentes, Supervisores, Assessores, Consultores, etc.		11
Profissionais liberais autônomos: Médico, Advogado, Contador, Arquiteto, Engenheiro, Dentista, Representante comercial, Oculista, Auditor, etc.		10
Trabalhadores assalariados administrativos, Técnicos e Científicos: Chefias em geral, Assistentes, Ocupações de nível médio e superior, Analistas, Atletas profissionais, Técnicos em geral, Servidores públicos de nível superior, etc.		09
Trabalhadores assalariados da produção, bens e serviços e da administração (indústria, comércio, serviços, setor público e sistema financeiro), ajudantes e auxiliares, etc.		07
Trabalhadores por conta própria: autônomos - Pedreiros, Caminhoneiros, Marceneiros, Feirantes, Cabelereiros, Taxistas, Vendedores etc.		07
- Com empregado		06
- Sem empregado		
Pequenos produtores rurais: Meeiro, Parceiro, Chacareiro, etc.		05
- Com empregado		03
- Sem empregado		
Empregados domésticos: Jardineiros, Diaristas, Mensalista, Faxineiro, Cozinheiro, Mordomo, Babá, Motorista Particular, Atendentes, etc.		03
- Urbano		02
- Rural		
Trabalhadores rurais assalariados, volantes e assemelhados: Ambulantes, Chapa, Bóia-Fria, Ajudantes Gerais, etc.		01
OBS.: Aposentado - Relacionar a ocupação em vigor na ativa. Especificar a ocupação dos membros da família. Pontuar somente o maior nível ocupacional dentre os “responsáveis” (com rendimentos).		
Quadro 6 – Sistema de pontos para Classificação Socioeconômica		
Pontos	Classificação	Siglas
0 a 20	Baixa Inferior	BI
21 a 30	Baixa Superior	BS
31 a 40	Média Inferior	MI
41 a 47	Média	ME
48 a 54	Média Superior	MS
55 a 57	Alta	AL