UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS LAGARTO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO

Acácia Rodrigues Costa

Prevalência de hipersensibilidade em escolares de 8 a 10 anos: resultados parciais

Lagarto
2022

Acácia Rodrigues Costa

Prevalência de hipersensibilidade em escolares de 8 a 10 anos: resultados parciais

Trabalho apresentado ao Departamento de Odontologia de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de cirurgião-dentista.

Orientadora: Natália Silva Andrade

Lagarto
2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente à Deus, por ter me guiado do inico ao fim, por me mostrar todos os dias qual o meu propósito e o melhor caminho à seguir, nos melhores e piores momentos sempre fomos nós, Deus e eu. Aos meu pais, Marlene Nascimento Rodrigues Costa e Rogério Vieira Da Costa, que sempre me incentivaram e se esforçaram para que eu chegasse até aqui, me apoiando e me dando todo suporte necessário nessa caminhada. A minha irmã, Camila Rodrigues que sempre acreditou em mim e esteve comigo durante toda jornada, desde o ensino fundamental até a tão sonhada aprovação na Universidade. Dedico também minha prima Ana Paula e ao esposo dela João Aldo, que me acolheram em sua residência, foram meus pais em Lagarto, e com apoio diário, me ajudaram muito na realização desse sonho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*A **Prof. Dra. Natália Silva Andrade,** minha orientadora que desde o inicio da graduação acreditou e confiou em mim, como amiga compreensiva, que se tornou minha referência na odontologia. Por me incentivar e mostrar o quanto fascinante é a ciência,e por ter me orientado em trabalhos e feito vários projetos que me fizeram despertar cada vez mais o amor pela odontologia e pela pesquisa.E Porfim, me aceitar em seu projeto de pesquisa e foi a partir dele que desenvolvi esse TCC.*

*Ao **Prof. Dr. Carlos Eduardo Palanch Repeke**, por ser professor que inspira e nos ensina muito sobre o que é a odontologia e como é ser um bom profissional, por toda amizade, parceria e preocupação que tem com seus alunos. Por esse jeito singular que nos deixa com o coração cheio de amor,que contribuiu muito com a matéria de metodologia, onde me trouxe toda a base para que eu pudesse seguir em frente muito obrigada!*

*A **Prof. Dra. Katharina Morant Holanda de Oliveira** por todos ensinamentos que me levaram a ter afinidade com a saúde coletiva e com crianças. Por apresentar diversos projetos dos quais eu participei e consegui absorver muito para que hoje eu pudesse ter conhecimento e afinidade para desenvolver esse trabalho.*

*Ao **Prof. Dr. Leandro Marques de Souza** por me incentivar nos momentos mais difíceis no início da graduação, por ser humano e amigo. Por ter acreditado em mim e me mostrado o melhor caminho para seguir nos momentos em que eu fiquei perdida, ajudou a me reecontrar.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos **meus familiares** que sempre me e incentivam e vibram comigo a cada conquista. Em especial aos meus tios, **Marilene Rodrigues**, **Genivaldo dos Santos** e **Gardênia Vieira** por desde o começo acreditarem em mim, por se mostrarem sempre dispostos a ajudar no que for preciso e por fazerem do meu sonho, o sonho deles também.

Aos meus amigos, por me apoiarem desde quando decidi seguir a odontologia, pelo carinho e incentivo nos momentos difíceis, e por entederem os meus momentos mais ausentes e por sempre estarem lá para me aplaudir desde as pequenas vitórias, até um marco tão importante que é esse trabalho. Em especial, aos meus amigos, **Rivandson, Matheus, Izabela, Edyane, João Pedro, Nycole** e às minhas primas, **Jéssica , Bruna, Tamires, Hanna e Andreza**. E ao meu namorado **Pedro Felipe**, por sempre me apoiar e me incentivar a ir em busca dos meus objetivos, e entender meus momentos de estresses e por nunca medir esforços para me ajudar..

Aos meus colegas da UFS, em especial à aqueles que fazem parte da turma 29 que foram a base para que eu pudesse chegar até aqui, foram eles que me deram todo apoio nos momementos mais difíceis do começo, sem eles nada disso teria sido possível Obrigada!

Aos meus colegas de curso **Gustavo Henrique, Luiz Fernando, Ítalo, Victor Arthur, Rosana, Mateus Brandão** e **Gabriel Neves** por toda ajuda e companheirismo desde o inicio. Em especial a minha dupla de clínica, **Amanda Guimarães**, meu maior exemplo na odontologia, por me ajudar nos momentos de dificuldade, por ser amiga e me incentivar sempre. A minha madrinha de curso, **Renata Brandão**, por me ajudar em momentos de dúdivas e angústias, e sempre me mostrar qual o melhor caminho.

Aos meus professores do ensino fundamental e médio, que me ajudaram a construir todo conhecimento necessário para que eu pudesse chegar até aqui, em especial quero agradecer as professora . **Adriana Silva,. Laila Gardênia, Jenizene Dias e ao professor . Oday José**.

Muito Obrigada!

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À **Universidade Federal de Sergipe (UFS)**, em especial ao departamento de odontologia de Lagarto (DOL) e ao departamento de educação em saúde (DESL).

Ao **Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC),** em especial à **Coordenação de Pesquisa COPES** pela bolsa de pesquisa e por proporcionar o desenvolvimento desse projeto.

Á **Divisão de Assistência Estudantil (DAE**), por toda assistência relacionada aos programas de bolsas e auxílios.

RESUMO

Prevalência de hipersensibilidade em crianças de 8 a 10 anos: resultados parciais

Introdução: A hipersensibilidade dentinária (HD) é uma das principais queixas relacionadas à saúde bucal da população em geral. Essa manifestação é caracterizada pela presença de sensibilidade dolorosa aguda, provocada e de curta duração devido a exposição dos túbulos dentinários em resposta a estímulos externos, como térmicos, táteis, osmóticos, químicos ou evaporativos e não podem ser atribuídos a qualquer outra forma de defeito dentário ou patologia. **Objetivo**: Avaliar a prevalência do autorrelato de hipersensibilidade dentinária (HD) em escolares de 8 a 10 anos no município de Lagarto, Sergipe, Brasil. **Métodos**: Trata-se de um estudo observacional transversal que verificou o autorrelato de hipersensibilidade ao frio, ao calor e à sondagem. Além disso, foram investigadas a presença de gengivite, cárie e defeitos de esmalte para verificar associação com o autorrelato de HD. Foram aplicados questionários de qualidade de vida e impacto familiar. A coleta de dados foi realizada no período de Maio de 2021 a Abril de 2022. Realizou-se estatística descritiva e aplicação dos testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fischer. **Resultados**: A amostra parcial foi de 108 crianças, sendo 56 (51,9%) do sexo masculino, com média de idade de 9,14 anos. O autorrelato de sensibilidade à sondagem, ao frio e ao calor foi de 12,0%, 41,7% e 17,6%, respectivamente. As alterações bucais mais prevalentes foram sangramento gengival (74,1%) e cárie dentária (62,0%). O autorrelato de HD foi significativamente associado ao impacto negativo na qualidade de vida (19,6% versus 51,9%, p = 0,001, OR - 4,42; IC95% 1,88-10,38). **Conclusão**: Nos resultados parciais deste estudo, o autorrelato de HD não foi associado a problemas de saúde bucal, mas teve um impacto negativo significativo na qualidade de vida de crianças entre 8 a 10 anos de idade comparadas com aquelas que não relataram HD.

Palavras-chave:1. Hipersensibilidade da dentina; 2 Epidemiologia; 3. Crianças

ABSTRACT

Prevalence of hypersensitivity in children aged 8 to 10 years: partial results

Introduction: Dentin hypersensitivity (DH) is one of the main complaints related to oral health in the general population. This manifestation is characterized by the presence of acute, provoked and short-lived pain sensitivity due to exposure of the dentinal tubules in response to external stimuli, such as thermal, tactile, osmotic, chemical or evaporative and cannot be attributed to any other form of dental problems. **Objective**: To evaluate the prevalence of self-reported DH in schoolchildren aged 8 to 10 years in the city of Lagarto, Sergipe, Brazil. **Methods**: This is a cross-sectional study that verified the self-report of hypersensitivity to cold, heat and probing. In addition, the presence of gingivitis, caries and enamel defects were investigated to verify an association with self-reported DH. A quality of life and family impact questionnaire were applied. Data collection was carried out from May 2021 to April 2022. Descriptive statistics and application of Pearson's chi-square and Fischer's exact tests were performed. **Results**: The partial sample consisted of 108 children, 56 (51.9%) were male, with a mean age of 9.14 years. Self-reported sensitivity to probe, cold, and heat was 12.0%, 41.7%, and 17.6%, respectively. The most prevalent oral alterations were gingival bleeding (74.1%) and dental caries (62.0%). Self-reported DH was significantly associated with negative impact on quality of life (19.6% versus 51.9%, p = 0.001, OR - 4.42; 95%CI 1.88-10.38). **Conclusion**: In the partial results of this study, self-reported DH was not associated with oral health problems, but had a significant negative impact on the quality of life of children aged 8 to 10 years compared to those who did not report DH.

Keywords: 1 Dentin hypersensitivity; 2. Epidemiology; 3. Children.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas da amostra 22

Tabela 2 - Valores médios da pontuação obtida no score total e domínios específicos do questionário de qualidade de vida na amostra 23

Tabela 3 - Valores médios da pontuação obtida no score total e domínios específicos do questionário de impacto familiar na amostra 24

Tabela 4 - Condições de saúde bucal da amostra 24

Tabela 5 - Autorrelato de sensibilidade na amostra. 25

Tabela 6 - Associação entre condições de saúde bucal e autorrelato de hipersensibilidade na amostra 25

Tabela 7 - Associação entre condições de saúde bucal e qualidade de vida na amostra 26

Tabela 8 - Associação entre condições de saúde bucal e impacto familiar na amostra 27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 OBJETIVOS 13

2.1 Geral 14

2.2 Específicos 14

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS 15

3.1 Considerações Éticas 16

3.2 Tipo de Estudo 16

3.3 População e Amostra 16

3.4 Critérios de Elegibilidade 17

3.5 Coleta de Dados 17

3.5.1 Questionário Socioeconômico e Demográfico 18

3.5.2 Qualidade de Vida e Impacto Familar 18

3.5.3 Exame Clínico 18

3.6 Análise Estatística 20

4 RESULTADOS 21

5 DISCUSSÃO 28

6 CONCLUSÃO 32

7 REFERÊNCIAS 34

8 APÊNDICES 37

9 ANEXOS 41

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A hipersensibilidade dentinária (HD) é uma das principais queixas relacionadas à saúde bucal da população em geral e afeta principalmente indivíduos na faixa etária de 30 a 40 anos, podendo causar grande desconforto (PORTO, ANDRADE, MONTES, 2009). Essa manifestação é caracterizada pela presença de sensibilidade dolorosa aguda, provocada e de curta duração, devido à exposição dos túbulos dentinários em resposta a estímulos externos, como térmicos, táteis, osmóticos, químicos ou evaporativos e não podem ser atribuídos a qualquer outra forma de defeito dentário ou patologia (ZEOLA, SOARES, CRUZ, 2019).

Indivíduos de todas as faixas etárias podem ser afetados pela HD e a prevalência na população tem sido bastante variável, com estudos recentes mostrando taxas entre 11,5% a 33,5% (ZEOLA, SOARES, CRUZ, 2019). Quanto ao sexo, mulheres tendem a ser afetadas com mais frequência do que os homens (SPLIETH, TACHOU, 2012). Em crianças, na faixa etária de 4 a 9 anos, foi relatada uma prevalência da HD de 41% (SHITSUKA et al., 2015). Por outro lado, à medida que a idade avança, devido ao desenvolvimento de dentina secundária ou reparadora e subsequente esclerose dos túbulos dentinários acompanhada por sensibilidade reduzida, há uma redução da prevalência dessa condição (SPLIETH, TACHOU, 2012).

A etiologia da HD ainda não está totalmente elucidada, alguns estudos trazem fatores que podem contribuir para o desenvolvimento dessa condição, como o aumento da taxa de fluxo salivar e, em crianças, fatores relacionados à presença de erosão dentária (SHITSUKA et al, 2015). Ademais, diversas alterações bucais têm sido associadas à HD, como a cárie, alterações pulpares, lesões cervicais não cariosas e defeitos de desenvolvimento do esmalte. A HD também pode se desenvolver após a realização de algum tratamento odontológico na clínica convencional devido à presença de restaurações insatisfatórias, realização de clareamento dentário, após terapias periodontais, extrações e consumo de dieta rica em alimentos ácidos. (TRUSHKOWSKY, OQUENDO, 2011)

A teoria hidrodinâmica descrita por Brännström consiste em uma explicação plausível para o mecanismo envolvido na HD. Nessa teoria, o ar desidrata a superfície da dentina, produzindo um fluxo de fluido dentinário em direção à superfície desidratada. Esse fluxo pode ativar fibras nervosas e gerar a sensação dolorosa. Para estímulos térmicos, haveria a contração dos túbulos dentinários, resultando em mudanças no fluxo do fluido dentinário e

excitação nervosa. Estímulos osmóticos, como ácidos, sal e açúcar, também podem resultar no movimento do fluido dentinário (SHIAU, 2012).

A exposição dentinária, hiperemia da polpa dentária, sensibilização do nervo dentário e neuropatia por algum problema de saúde bucal podem induzir dor aguda e curta, ao menor estímulo. Condições de saúde bucal que podem estar relacionadas a essa sintomatologia incluem cárie com envolvimento pulpar, dentes trincados, restaurações defeituosas ou fraturadas, preparo dentário (geralmente recente) para restaurações ou hiperemia pulpar induzida por restauração, clareamento dental, trauma dentário, trauma oclusal, placa cervical e gengivite, doença periodontal e seu tratamento e outros problemas pulpares/ endodônticos. Assim, o diagnóstico definitivo para HD geralmente é alcançado por exclusão de outras alterações (LIU et al., 2020).

O protocolo de diagnóstico da HD pode conter a investigação da queixa principal e de sintomas relatados, revisão da história da doença atual, exame clínico e testes diagnósticos. Os resultados mais confiáveis são adquiridos quando o estímulo ao dente envolvido é realizado por meio de um agente desencadeador relatado pelo paciente, verificando se a queixa principal de dor do paciente pode realmente ser provocada. Com isso, o correto diagnóstico da HD determinaria um tratamento adequado e eficaz (LIU et al., 2020).

A hipersensibilidade dentinária é vista como um fator que afeta diretamente a qualidade de vida do indivíduo. Pessoas com HD podem desenvolver aversão a diversos tipos de alimentos, medo de falar e até prejudicar hábitos vitais como o de beber água, dependendo do grau de severidade. Por isso, a realização de estudos que possibilitem elucidar aspectos epidemiológicos da HD, principalmente em indivíduos mais jovens, auxiliarão no desenvolvimento de estratégias que visem à prevenção, diagnóstico precoce e manejo correto dos indivíduos acometidos, evitando episódios recorrentes de dor ao longo da vida, além do surgimento de outros problemas de saúde bucal, nutricionais e psicológicos (OLIVEIRA et al., 2018).

Estudos têm reportado dados relacionados à prevalência, etiologia, diágnóstico e tratamento da HD e a maioria deles relataram sua ocorrência em adolescentes e adultos. Em crianças, além da escassez de estudos, a HD tem sido retratado como um fator associado em estudos de prevalência de defeitos de desenvolvimento dentário, como a amelogênese imperfeita e hipomineralização molar-incisivo (SHITSUKA et al., 2015; ZEOLA, SOARES, CRUZ, 2019) Portanto, esse estudo teve como objetivo avaliar a prevalência do autorrelato de hipersensibilidade dentinária em escolares de 8 a 10 anos no município de Lagarto, Sergipe, Brasil.

2. OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a prevalência do autorrelato de hipersensibilidade dentinária em escolares de 8 a 10 anos no município de Lagarto, Sergipe, Brasil.

2.2 Específicos

- ✓ Determinar a prevalência de hipersensibilidade dentinária na amostra;
- ✓ Verificar a associação entre a hipersensibilidade dentinária e variáveis independentes;
- ✓ Avaliar o impacto da hipersensibilidade dentinária na qualidade de vida de acordo com a autopercepção das crianças e o impacto familiar na percepção dos pais e/ ou responsáveis.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Considerações Éticas

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) (protocolo nº 4.272.369) (Anexo A). Os responsáveis legais pelos participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice B), obedecendo às diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

3.2 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa que determinou a prevalência do autorrelato de HD e o impacto na qualidade de vida de crianças entre 8 e 10 anos de idade matriculadas em escolas do município de Lagarto, Sergipe, Brasil.

3.3 População e Amostra

A população do estudo foi constituída por escolares com idade entre 8 e 10 anos, matriculados em instituições de ensino do município de Lagarto, Sergipe, Brasil. Lagarto é um município da região do estado de Sergipe, localizado na região nordeste do Brasil e possui população estimada de 104.408 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) (http://www.ibge.gov.br, acessado em 08.03.2020). Segundo dados do censo escolar da educação básica de 2018, 5.372 escolares estavam matriculados em escolas públicas e privadas nos anos iniciais do Ensino Fundamental na cidade de Lagarto-SE (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, INEP, www.inep.gov.br acessado em 08.03.2020).

A amostra ideal para o desenvolvimento deste estudo foi obtida através de cálculo utilizando o software Epi-info, no módulo STATCALC, versão 7.0, pela fórmula: n = [EDFF*Np(1-p)]/ [(d2/Z21-α/2*(N-1)+p*(1-p)] , ajustada por um fator de correção (EDFF) para desenho do estudo de 1.0, onde N é a população (5.372). Considerou-se intervalo de confiança de 95% (z21-α/2 = 1,96) e limite de confiança (d) de 5,0%. Considerou-se a proporção (p) de 50% para aumentar o poder da amostra e assim obteve-se amostra de 359

escolares. Foi acrescido 10% para minimizar as possíveis perdas durante o estudo. Assim, a amostra final ideal para este estudo será de 395 crianças. Para assegurar representatividade, a amostra foi estratificada de acordo com a zona da cidade e o tipo de instituição. A amostra foi estratificada com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Educação de Lagarto, Sergipe, Brasil.

3.4 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídas crianças na faixa etária de 8 a 10 anos de idade na data de realização do exame clínico e que permitiram a realização desse exame da cavidade bucal, cujos responsáveis legais aceitaram participar do estudo. Foram considerados não-elegíveis os escolares os quais suas condições inviabilizassem a realização do exame clínico, e/ ou aqueles cujos responsáveis não autorizaram a participação no estudo e/ ou aqueles que utilizavam aparelho ortodôntico fixo. Foram ainda excluídos da pesquisa. Os indivíduos com alguma necessidade especial, que os impossibilitaram de responder aos questionários de pesquisa.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de Maio de 2021 a Abril de 2022. Antes da coleta de dados, foram realizadas reuniões via google meet com discussão de imagens de banco de dados para realizar treinamento e calibração dos examinadores para execução dos procedimentos do exame clínico e obtenção de índice Kappa inter e intraexaminador. O exercício de calibração dos examinadores foi dado em dois momentos: a) teórico – estudo de banco de imagens com classificação dos índices a serem analisados durante o estudo; e b) prático – questionários com imagens para que os examinadores pudessem classificar os índices. Durante a etapa teórica, o pesquisador principal foi considerado o padrão-ouro e os demais examinadores só passaram para a etapa prática após obtenção de índice Kappa > 0,60 (WHO, 2013). Os resultados do exercício de calibração estão apresentados no Quadro 1.

Os dados foram coletados em três momentos: 1) aplicação de questionário para obtenção de dados socioeconômicos e demográficos e escala de impacto familiar (FIS); 2) aplicação de questionário de qualidade de vida aos participantes (CPQ 8-10); e 3) exame clínico extra e intrabucal seguido de orientação de higiene bucal e distribuição de kits odontológicos com escova dental, fio dental e dentifrício fluoretado.

Quadro 1 - Resultados do exercício de calibração

	EXAMINADOR 1		EXAMINADOR 2		EXAMINADOR 3	
	INTRA	**INTER**	**INTRA**	**INTER**	**INTRA**	**INTER**
ÍNDICE GENGIVAL	0,889	3 – 0,755 2 – 0,856	1,000	3 – 0,881 1 – 0,856	0,881	1 – 0,755 2 – 0,881
ÍNDICE DE CÁRIE	0,858	3 – 0,795 2 – 0,756	0,716	3 – 0,781 1 – 0,756	0,710	1 – 0,795 2 – 0,781
ÍNDICE DDE MODIFICADO	0,933	3 – 0,733 2 – 0,711	0,764	3 – 0,867 1 – 0,711	0,772	1 – 0,733 2 – 0,867
ÍNDICE DE HMI	0,823	3 – 0,798 2 – 0,780	0,924	3 – 0,739 1 – 0,780	0,924	1 – 0,798 2 – 0,739

3.5.1 Questionário Socioeconômico e Demográfico

As características socioeconômicas e demográficas da amostra foram coletadas por meio de entrevista via ligação, aos responsáveis legais dos participantes da pesquisa com auxílio de questionário desenvolvido exclusivamente para este estudo, contendo informações sobre sexo, idade, raça, renda familiar mensal (em salários-mínimos), escolaridade dos responsáveis (em anos de estudo), idade dos responsáveis, situação de emprego (empregado ou desempregado).

3.5.2 Qualidade de Vida e Impacto Familiar

O impacto das condições de saúde bucal de crianças na sua QVRSB foi mensurado usando a versão curta brasileira do *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ 8-10) aplicados às crianças e os itens abordaram a frequência dos eventos nas 4 semanas anteriores a aplicação do questionário (BARBOSA; TURELI; GAVIÃO, 2009). O questionário possui 8 itens organizados em 4 domínios da saúde: sintomas orais (dois itens); limitação funcional (dois itens); bem-estar emocional (dois itens); e bem-estar social (dois itens). Os itens têm cinco opções de resposta: 'Nunca = 0', 'uma ou duas vezes = 1', 'às vezes = 2', 'frequentemente = 3', 'todos os dias ou quase todos os dias = 4 '. As pontuações do CPQ 8-10 foram calculadas pela soma de todas as pontuações dos itens, fornecendo uma pontuação total que varia de 0 (sem impacto) a 32 (impacto máximo); as pontuações mais altas indicam que as condições bucais têm um impacto negativo maior na QVRSB da criança (JOKOVIC; LOCKER; GUYATT, 2004). O questionário também contém duas perguntas sobre informações pessoais da criança (sexo e idade) e dois indicadores globais sobre a saúde bucal da criança e até que ponto sua condição orofacial afeta seu bem-estar geral.

Foi utilizada a versão brasileira da Family Impact Scale (FIS) para aferir o impacto da condição de saúde bucal de uma criança na vida da sua família, aplicado aos responsáveis. O FIS é composto por 14 itens divididos em 4 subescalas: atividade parental / familiar (5 itens), emoções dos pais (4 itens), conflito familiar (4 itens) e subescala de encargos financeiros (1 item). As perguntas se referem apenas à frequência de eventos nos três meses anteriores. Os itens têm cinco opções de resposta. As pontuações do FIS são calculadas pelo somatório de todas as pontuações de itens, fornecendo uma pontuação total que varia de 0 (nenhum impacto da condição oral no FIS) a 56 (impacto máximo da condição no FIS). Pontuações mais altas indicam um maior impacto negativo sobre a família (BARBORA; GAVIÃO, 2009; PIASSI, et al., 2019).

3.5.3 Exame Clínico

O exame clínico intrabucal seguiu todos os protocolos de biossegurança já preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2013). Os pesquisadores utilizaram os seguintes equipamentos de proteção individual: gorro descartável, protetor facial, máscara PFF2 e avental descartável. O exame clínico foi realizado na própria escola na qual a criança está matriculada, utilizando espelho bucal plano, sonda periodontal preconizada pela OMS, gaze estéril, sob iluminação natural no pátio das escolas e lanterna. Cada participante foi avaliado por um único examinador previamente treinado e calibrado (Quadro 1). Todos os pacientes e cuidadores receberam orientações sobre as alterações bucais de acordo com suas necessidades.

Os dados foram anotados por assistente em ficha clínica elaborada para o estudo. Foram determinados no exame clínico intrabucal, Índice de Sangramento Gengival, Índice ceo-d/CPO-D, Índice de Defeitos no Desenvolvimento do Esmalte modificado (DDE), critérios de diagnóstico da hipomineralização molar-incisivo (HMI) e Índice Dean (Fluorose dentária) (DEAN, 1934).

O ISG consiste na avaliação quantitativa e qualitativa da condição gengival. Na avaliação, uma sonda periodontal (sonda OMS) penetrará levemente no sulco gengival (aproximadamente 0,5mm), percorrendo as superfícies vestibular e lingual/ palatina de proximal a proximal dos dentes índices (16 ou 55, 11 ou 51, 21 ou 61, 26 ou 65, 36 ou 75, 31 ou 71, 41 ou 81 e 46 ou 85), sendo verificado a presença de sangramento nos pontos sondados até 15 segundos pós sondagem. A cada face do dente recebeu uma pontuação de 0 a 3: 0 = gengiva normal com ausência de inflamação – gengiva sem alteração de cor e com grau de pontilhado variável, sem sangramento à sondagem; 1 = inflamação gengival leve – ligeira mudança de cor,

leve edema, com sangramento à sondagem; 2 = Inflamação gengival moderada – vermelhidão e edema, com sangramento à sondagem; 3 = Inflamação gengival intensa – vermelhidão acentuada e edema, com a presença ou não de ulceração e tendência para sangramento espontâneo. O ISG para o indivíduo foi computado somando-se os índices de cada dente avaliado e dividindo pelo número total dos dentes examinados (LÖE; SILNESS, 1963). Além disso, será verificado a presença nos dentes índices de cálculo dentário. Após realização do ISG, foi realizada a higienização dos dentes com escova dental e dentifrício fluoretado e utilizada gaze estéril para secar os dentes e assim proceder as demais avaliações.

O Índice ceo-d/ CPO-D avalia a experiência de cárie e se expressa pela soma do número de dentes decíduos ou permanentes cariados (c/ C), extraídos ou com extração indicada (e/ P) e obturados (o/ O), preconizado pela OMS (WHO, 2013).

O índice DDE modificado, preconizado pela Federação Dentária Internacional (FDI, 1992), foi utilizado para avaliação da presença de opacidade demarcada, opacidade difusa, hipoplasia e combinações. Para obtenção deste índice, foram utilizados os seguintes códigos: tecido dentário normal - código 0, opacidade demarcada - código 1, opacidade difusa - código 2, hipoplasia - código 3 e outros defeitos - código 4. As combinações foram avaliadas como: demarcada e difusa - código 5, demarcada e hipoplasia - código 6, difusa e hipoplasia - código 7 e todos os três defeitos - código 8.

Para o diagnóstico de HMI, foram utilizados os critérios propostos pela Academia Europeia de Odontopediatria (opacidades demarcadas maiores que 1,0 mm de diâmetro em 1 a 4 primeiros molares permanentes, frequentemente associada às alterações nos incisivos permanentes, desintegração pós-eruptiva de esmalte, restaurações atípicas e ausência de primeiros molares permanentes devido à HMI associadas com opacidades demarcadas em um primeiro molar permanente ou incisivo, ou falha na erupção de molares e incisivos (WEERHEIJM et al., 2003; GHANIM et al., 2015).

O grau de Fluorose foi medido pelo índice de Dean (0= normal, 1= questionável, 2= muito leve, 3= leve, 4= moderado, 5= severo) (WHO, 2013).Crianças com diagnóstico de doenças bucais foram encaminhados para atendimento odontológico na Clínica Escola da UFS, Campus Lagarto.

3.6 Análise Estatística

Os dados foram analisados no Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS® for Windows, versão 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foram computados escores parciais de cada domínio, bem como escores gerais dos questionários de qualidade de vida

(CPQ 8-10 e FIS). Para caracterização sociodemográfica e clínica da população estudada e descrição dos escores dos domínios dos questionários de qualidade de vida, foi realizada análise descritiva dos dados, como frequências, medidas de tendência central (média, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão). Na análise bivariada, foram utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher para determinar a associação entre as variáveis dependentes e independentes e foi feita a obtenção das razões de chances e respectivos intervalos de confiança de 95%. Em todas as análises, foi considerado o valor $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

4. RESULTADOS

4 RESULTADOS

A amostra parcial deste pesquisa foi composta por 108 escolares, sendo a maioria do sexo masculino (56/108 – 51,9%), com média de idade 9,14 anos. Foram excluídas, duas crianças com diagnóstico de transtorno do espectro autista, três, que no dia do exame já haviam completado 11 anos, duas cujos pais não autorizaram a participação na pesquisa e quatro que faltaram no dia do exame nas escolas.

A Tabela 1 mostra os dados socioeconômicos e demográficos da amostra. Um percentual de 81,5% (88/108) dos escolares eram da rede pública. O questionário socioeconômico foi respondido em 89,8% (97/108) pela mãe da criança, com média de idade de 36,74 anos. Em 58,6% dos escolares participantes (58/108), a renda familiar era inferior a 02 salários-mínimos e em 70,9% os responsáveis estavam desempregados.

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas da amostra (n=108).

Variáveis	**n (%)**
Idade em anos - μ (±)	9,14 ± 0,81
Sexo	
Masculino	56 (51,9)
Feminino	52 (48,1)
Tipo de escola	
Privada	20 (18,5)
Pública	88 (81,5)
Responsável	
Mãe	97 (89,8)
Pai	04 (3,7)
Outros	07 (6,5)
Idade do responsável em anos - μ (±)	36,74 ± 8,64
Renda familiar	
< 02 salários-mínimos	58 (58,6)
≥ 02 salários-mínimos	41 (41,4)
Escolaridade do responsável	
≤ 08 anos de estudo formal	47 (45,2)
> 08 anos de estudo formal	57 (54,8)

Situação de emprego do responsável	
Empregado	23 (22,3)
Desempregado	73 (70,9)
Outros	07 (6,8)

A Tabela 2 apresenta os dados sobre os valores médios da pontuação obtida no score total e domínios específicos do questionário de qualidade de vida na amostra. Os domínios com maior pontuação foram o de sintomas orais (média de 2,62) e o de bem-estar emocional (média de 1,29).

Tabela 2 – Valores médios da pontuação obtida no score total e domínios específicos do questionário de qualidade de vida na amostra (n=108).

$CPQ_{8-10}SF:8$	**Nº de itens**	**Média**	**Desvio-padrão**	**Rank possível**	**Rank observado**
Score geral	8	5,35	4,44	0-32	0-22
Domínio de sintomas orais	2	2,62	1,96	0-8	0-8
Domínio de limitação funcional	2	0,71	1,19	0-8	0-4
Domínio de bem-estar emocional	2	1,29	1,99	0-8	0-8
Domínio de bem-estar social	2	0,73	1,46	0-8	0-7

A Tabela 3 apresenta os dados sobre os valores médios da pontuação obtida no score do questionário de impacto familiar na amostra. Os domínios com maior pontuação foram o de atividades familiares (média de 4,58) e o de emoções familiares (média de 3,16).

Quanto ao exame clínico intrabucal, a maioria (80/108 – 74,1%) teve a presença de sangramento gengival e (67/108 - 62,0%) apresentaram experiência de cárie. Em relação à presença de defeitos de esmalte, 38,9% (42/108) das crianças apresentaram algum tipo de defeito, sendo os mais presentes a opacidade demarcada (23) seguida da opacidade difusa (15). A prevalência de fluorose e hipomineralização molar-incisivo foi de 12,0% e 18,5%, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 3 – Valores médios da pontuação obtida no score total e domínios específicos do questionário de impacto familiar na amostra (n=108).

FIS	Nº de itens	Média	Desvio-padrão	Rank possível	Rank observado
Score geral	14	11,10	9,94	0-56	0-39
Domínio de atividades familiares	5	4,58	4,47	0-20	0-16
Domínio de emoções familiares	4	3,16	3,57	0-16	0-16
Domínio de conflitos familiares	4	2,89	3,22	0-16	0-14
Domínio de carga financeira	1	0,46	0,98	0-4	0-4

Tabela 4 – Condições de saúde bucal da amostra (n=108).

Variáveis	n (%)
Presença de sangramento gengival	
Sim	80 (74,1)
Não	28 (25,9)
Experiência de cárie	
Sim	67 (62,0)
Não	41 (38,0)
ceo-d - μ (±)	1,35 ± 1,86 (RANK 0 – 8)
CPO-D - μ (±)	0,79 ± 1,26 (RANK 0 – 7)
Presença de defeitos de esmalte	
Sim	42 (38,9)
- Opacidade difusa	15
- Opacidade demarcada	23
- Hipoplasia	02
- Opacidade difusa e hipoplasia	01
- Opacidade difusa e demarcada	01
Não	66 (61,1)
Presença de fluorose dentária	
Sem fluorose	95 (88,0)

Questionável	01 (0,9)
Muito leve	05 (4,6)
Leve	05 (4,6)
Moderada	02 (1,9)
Presença de hipomineralização molar-incisivo	
Sim	20 (18,5)
Não	88 (81,5)

O autorrelato de sensibilidade foi de 12,0 % à sondagem, 41,7% ao frio e 17,6% ao calor (Tabela 5). Não foram observadas associações entre o autorrelato de HD e as condições de saúde bucal avaliadas na amostra. (Tabela 6).

Tabela 5 – Autorrelato de hipersensibilidade dentinária na amostra (n=108).

Variáveis	**n (%)**
Sensibilidade à sondagem	
Sim	13 (12,0)
Não	95 (88,0)
Sensibilidade ao frio	
Sim	45 (41,7)
Não	63 (58,3)
Sensibilidade ao calor	
Sim	19 (17,6)
Não	89 (82,4)

Tabela 6 – Associação entre condições de saúde bucal e autorrelato de hipersensibilidade dentinária na amostra (n=108).

Variáveis	**Autorrelato de hipersensibilidade**		**Valor de p**
	Ausente	**Presente**	
	n (%)	**n (%)**	
Total	**56 (51,9)**	**52 (48,1)**	
Sangramento gengival			
Ausente	13 (46,4)	15 (53,6)	0,654*
Presente	43 (53,8)	37 (46,3)	

Experiência de cárie			
Ausente	24 (58,5)	17 (41,5)	0,374*
Presente	32 (47,8)	35 (52,2)	
Defeitos de desenvolvimento do esmalte			
Ausente	35 (53,0)	31 (47,0)	0,913*
Presente	21 (50,0)	21 (50,0)	
Fluorose			
Ausente	49 (51,6)	46 (48,4)	0,878*
Presente	07 (53,8)	06 (46,2)	
Hipomineralização molar-incisivo			
Ausente	45 (51,1)	43 (48,9)	0,755*
Presente	11 (55,0)	09 (45,0)	

* Teste Qui-Quadrado de Pearson.

A tabela 7 apresenta a associação entre as condições de saúde bucal e qualidade de vida na amostra. A HD foi significativamente associada ao impacto negativo na qualidade de vida no autorrelato dos escolares (19,6% versus 51,9%, p = 0,001, OR - 4,42; IC95% 1,88-10,38). Não foram observadas associações significativas entre o impacto familiar e as condições avaliadas na amostra (Tabela 8).

Tabela 7 – Associação entre condições de saúde bucal e qualidade de vida na amostra (n=108).

Variáveis	**Impacto na Qualidade de vida**		**Valor de p**	**Odds Ratio (IC 95%)**
	Positivo (nunca/ uma ou duas vezes/ algumas vezes) **n (%)**	**Negativo** (frequentemente/ todos os dias) **n (%)**		
Total	**70 (64,8)**	**38 (35,2)**		
Sangramento gengival				
Ausente	19 (67,9)	09 (32,1)	0,871*	1,200 (0,481-2,997)
Presente	51 (63,7)	29 (36,3)		
Experiência de cárie				
Ausente	30 (73,2)	11 (26,8)	0,155*	1,841 (0,790-4,290)
Presente	40 (59,2)	27 (40,3)		
Defeitos de desenvolvimento do esmalte				

Ausente	41 (62,1)	25 (37,9)	0,538*	0,735 (0,323-
Presente	29 (69,0)	13 (31,0)		1,672)
Fluorose				
Ausente	59 (62,1)	36 (37,9)	0,096**	0,298 (0,062-
Presente	11 (84,6)	02 (15,4)		1,422)
Hipomineralização molar-incisivo				
Ausente	56 (63,6)	32 (36,4)	0,591*	0,750 (0,262-
Presente	14 (70,0)	06 (30,0)		2,144)
Autorrelato de hipersensibilidade				
Ausente	45 (80,4)	11 (19,6)	**0,001***	4,418 (1,880-
Presente	25 (48,1)	27 (51,9)		10,386)

* Teste Qui-Quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fischer.

Tabela 8 – Associação entre condições de saúde bucal e impacto familiar na amostra (n=108).

Variáveis	**Impacto Familiar**		**Valor de p**	**Odds ratio (IC 95%)**
	Positivo (nunca/ uma ou duas vezes/ algumas vezes) **n (%)**	**Negativo** (frequentemente/ todos os dias) **n (%)**		
Total	**47 (43,5)**	**61 (56,5)**		
Sangramento gengival				
Ausente	11 (39,3)	17 (60,7)	0,762*	0,791 (0,329-
Presente	36 (45,0)	44 (55,0)		1,901)
Experiência de cárie				
Ausente	18 (43,9)	23 (56,1)	0,950*	1,025 (0,468-
Presente	29 (43,3)	38 (56,7)		2,245)
Defeitos de desenvolvimento do esmalte				
Ausente	27 (40,9)	39 (59,1)	0,493*	0,762 (0,349-
Presente	20 (47,6)	22 (52,4)		1,660)
Fluorose				
Ausente	44 (46,3)	51 (53,7)	0,097**	2,876 (0,744-
Presente	03 (23,1)	10 (76,9)		5,543)
Hipomineralização molar-incisivo				
Ausente	34 (38,6)	54 (61,4)	0,058*	0,339 (0,123-

Presente	13 (65,0)	07 (35,0)		0,935)
Autorrelato de hipersensibilidade				
Ausente	24 (42,9)	32 (57,1)	0,886*	0,946 (0,442-
Presente	23 (44,2)	29 (55,8)		2,025)

* Teste Qui-Quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fischer.

5. DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

No presente estudo com amostra parcial, a prevalência geral de autorrelato de sensibilidade dentinária a diversos estímulos foi de 48,1%. Ademais, a HD não foi associada a problemas de saúde bucal, mas teve um impacto negativo significativo na qualidade de vida de crianças entre 8 a 10 anos de idade, comparadas com aquelas que não relataram HD. Indivíduos de todas as faixas etárias podem ser afetados pela HD e a prevalência na população tem sido bastante variável, entre 11,5% a 33,5% (ZEOLA, SOARES, CRUZ, 2019). O estudo realizado com crianças na faixa etária de 4 a 9 anos relatou uma prevalência da HD de 41% nesse grupo (SHITSUKA et al., 2015). Neste estudo, por sua vez, teve uma frequênca de autorrelato de sensibilidade ao frio semelhante a esses autores, seguido por uma menor frequência de sensibilidade à sondagem e ao calor.

As crianças participantes deste estudo responderam três pergundas sobre senbilidade. A primeira, após sondagem com sonda OMS, era investigado se a criança referia dor e antes de fazer a sondagem, era demonstrado a criança o instrumental para que ela não sentisse medo e isso influenciasse no resultado. Na segunda e terceira perguntas, a criança relavata se sentia sensibilidade quando ingeria alimentos frios ou quentes no seu dia a dia, respectivamente. A característica metodológica do presente estudo talvez explique o motivo dos percentuais diferentes encontrados. Selecionamos esse método por se tratar de um inquérito epidemiológico de pesquisa em campo, o que dificulta a avaliação da HD por meio de jato ar da seringa tríplice, por exemplo. Contudo, guidelines, sobre a avaliação de HD em estudos clínicos, recomendam que para o diagnóstico definitivo de HD além de estímulos com sonda ou jato de ar, seja realizado a investigação do autorrelato do paciente sobre quando ele tem sintomais de HD (HOLLAND et al., 1997).

Os problemas de saúde bucal mais frequentes na amostra foram gengivite e cárie dentária. Entretanto, não houve associação entre o autorrelato de HD e as condições bucais avaliadas. O estudo de Melo et al., (2015) demonstrou pouco impacto na qualidade de vida dos pacientes com HD e periodotite crônica. Inflamação gengival, defeitos de esmalte e sensibilidade dentária são mais frequentemente observados em indivíduos jovens com amelogênese imperfeita, e mais especificamente o subtipo hipocalcificado (QUANDALLE et al., 2020). A HD tem etiologia e patogênese diferentes da cárie dentária, apesar de possuírem características semelhantes e a cárie proporcionar a perda da estrutura dental (WOLFF, 2009).

No estudo de Zhang et al., (2014), a prevalência de HD nos indivíduos selecionados com fluorose dentária foi de 7%. A ingestão excessiva de flúor durante o crescimento dentário pode danificar os ameloblastos, resultando em hipomineralização, alterações na cor e translucidez do esmalte e, em casos graves, perda de estrutura. No estudo de Raposo et al., (2019), a hipersensibilidade foi significativamente maior nos molares afetados pela HMI do que nos molares não afetados, estando associada ao fato de os dentes afetados apresentarem opacidades demarcadas e desintegração pós-eruptiva do esmalte. Casos leves e moderados de HMI estão associados à hipersensibilidade de baixa intensidade, o que não pôde ser comprovado em casos graves devido à alta frequência de lesões cariosas envolvendo a dentina. Nossos resultados por sua vez, mostraram que a prevalência da HMI foi de 18,5%, mas não foram observadas associações significativas entre o impacto familiar e essa condição.

Associações significativas foram encontradas entre a HD clinicamente induzida e desgaste dentário erosivo e recessão gengival. O estudo de West et al., (2013) mostrou associações entre HD e fatores de risco, incluindo azia/refluxo ácido, vômitos, medicamentos para dormir, bebidas energéticas, tabagismo e ingestão alimentar ácida. Nosso estudo não avaliou essas condições devido a idade da população da amostra. Por se tratar de crianças a prelavência dessas condições nessa idade não é alta e por isso procuramos condições que acometem mais esse público.

O autorrelato de HD foi associado ao impacto negativo na qualidade de vida dos escolares. Esse aspecto é importante devido à vulnerabilidade emocional das crianças nessa faixa etária, reforçando a importância da prestação de serviços de atendimento odontológico para proteção da saúde bucal nessa faixa etária vulnerável. No estudo de García-Pérez et al., (2017), cerca de dois terços das crianças de 8 a 12 anos tiveram impacto na qualidade de vida associado às condições bucais, sendo mais da metade com impacto negativo no aspecto emocional e relatando que não tinham boa saúde bucal. Por outro lado, não observamos associações entre o impacto familiar e as condições de saúde bucal avaliadas na amostra.

Uma revisão sistemática trouxe o levantamento de estudos sobre diversos tipos de tratamento para HD. Os autores concluíram que em sua maioria eles proporcionam melhora da sintomalogia dolorosa. Dentre as possibilidades disponíveis no mercado para uso profissional, tanto os agentes químicos como glutaraldeído com hidroxietil metacrilato, ou físicos como cimentos de ionômero de vidro ou os laseres são eficazes na redução imediata da dor associada à HD, mantendo sua eficácia ao longo do tempo. Para efeitos de longa duração, tratamentos autoadministrados com agentes químicos, como nitrato de potássio, arginina ou hidroxiapatita, também podem ser usados para tratar a HD com resultados positivos. Uma terapia com um

agente dessensibilizante, como um tratamento minimamente invasivo, é segura e tem uma boa relação custo-benefício. Contudo, as análises mostraram que o resultado positivo do tratamento depende da remoção do agente causador da HD (MARTO et al., 2019).

Este estudo possui algumas limitações. Por se tratar de um estudo transversal, temos a mensuração das condições em um único momento no tempo e não se pode estabelecer uma relação de causa-efeito entre as variáveis analisadas. A coleta de dados para este estudo foi prejudicada, pois sua realização aconteceu no período da pandemia, quando as atividades escolares estavam suspensas, dificultando o acesso às crianças e seus responsáveis. Essa coleta foi realizada nos dias das entregas das atividades mensais ou da merenda escolar. Aplicávamos os questionários e realizávamos os exames clínicos nas crianças presentes e acompanhadas dos seus responsáveis, que eram informados previamente da pesquisa através da coordenação da escola. Com resultados de uma amostra parcial, não podemos extrapolar os dados para a população. Por isso, sugere-se que haja a continuidade do estudo com o aumento da amostra e que novos estudos com associação entre autorrelato e outros testes de diagnóstico, além da abordagem longitudinal, possam ser realizados.

6. CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A prevalência geral de autorrelato de hipersensibilidade dentinária (HD) a diversos estímulos em escolares de 8 a 10 anos no município de Lagarto, Sergipe, Brasil foi de 48,1%. O autorrelato de HD não foi associado a problemas de saúde bucal, mas teve um impacto negativo significativo na qualidade de vida de crianças comparadas com aquelas que não relataram HD.

7. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

DE MELO, Thayna Lima et al. Sensibilidade da dentina e o impacto na qualidade de vida de pacientes com periodontite crônica da Universidade Federal do Maranhão. **Arquivos em Odontologia**, v. 51, n. 4, 2015.

DOUGLAS-DE-OLIVEIRA, Dhelfeson Willya et al. Effect of dentin hypersensitivity treatment on oral health related quality of life—A systematic review and meta-analysis. **Journal of dentistry**, v. 71, p. 1-8, 2018.

GARCÍA-PÉREZ, Á. Et al. Impact of caries and dental fluorosis on oral health-related quality of life: a cross-sectional study in schoolchildren receiving water naturally fluoridated at above-optimal levels. **Clin Oral Investig**, v. 21, n. 9, p. 2771-2780, 2017.

HOLLAND, GR1 et al. Guidelines for the design and conduct of clinical trials on dentine hypersensitivity. **Journal of clinical periodontology**, v. 24, n. 11, p. 808-813, 1997.

LIU, Xiu-Xin et al. Patogênese, diagnóstico e manejo da hipersensibilidade dentinária: uma visão geral baseada em evidências para dentistas. **BMC saúde bucal** , v. 20, n. 1, pág. 1-10, 2020.

MARTO, Carlos Miguel et al. Evaluation of the efficacy of dentin hypersensitivity treatments—A systematic review and follow-up analysis. **Journal of oral rehabilitation**, v. 46, n. 10, p. 952-990, 2019.

PORTO, Isabel CCM; ANDRADE, Ana KM; MONTES, Marcos AJR. Diagnosis and treatment of dentinal hypersensitivity. **Journal of oral science**, v. 51, n. 3, p. 323-332, 2009.

QUANDALLE, Camille et al. Inflamação gengival, defeitos do esmalte e sensibilidade dentária em crianças com amelogênese imperfeita: um estudo caso-controle. **Journal of Applied Oral Science** , v. 28, 2020.

RAPOSO, Fernanda et al. Prevalência de hipersensibilidade em dentes afetados pela hipomineralização molar-incisivo (MIH). **Pesquisa de cárie** , v. 53, n. 4, pág. 424-430, 2019.

SHIAU, Harlan J. Hipersensibilidade dentinária. **Journal of Evidence Based Dental Practice** , v. 12, n. 3, pág. 220-228, 2012.

SHITSUKA, Caleb et al. Exploring some aspects associated with dentine hypersensitivity in children. **The Scientific World Journal**, v. 2015, 2015.

SPLIETH, Christian H.; TACHOU, Aikaterini. Epidemiology of dentin hypersensitivity. **Clinical oral investigations**, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2013.

TRUSHKOWSKY, Richard D.; OQUENDO, Anabella. Treatment of dentin hypersensitivity. **Dental Clinics**, v. 55, n. 3, p. 599-608, 2011.

WEST, Nicola Xania et al. Prevalência de hipersensibilidade dentinária e estudo de fatores associados: um estudo transversal de base populacional europeu. **Revista de Odontologia** , v. 41, n. 10, pág. 841-851, 2013.

WOLFF, MS Hipersensibilidade dentinária, biofilme e remineralização: qual a conexão?. **Avanços na pesquisa odontológica** , v. 21, n. 1, pág. 21-24, 2009.

ZEOLA, Livia Favaro; SOARES, Paulo Vinícius; CUNHA-CRUZ, Joana. Prevalence of dentin hypersensitivity: Systematic review and meta-analysis. **Journal of dentistry**, v. 81, p. 1-6, 2019.

ZHANG, Y. et al. Prevalência de hipersensibilidade dentinária em adultos rurais chineses com fluorose dentária. **Revista de Reabilitação Oral** , v. 41, n. 4, pág. 289-295, 2014.

APÊNDICES

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

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
COORDENAÇÃO DE PESQUISA – COPES
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) seu (sua) filho (a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se autoriza a participação dele (a) ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que seu (sua) filho (a) participe do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o atendimento odontológico de seu (sua) filho (a) não será prejudicado de forma alguma.

♦ Título do Projeto: **Condições de Saúde Bucal e Impacto na Qualidade de Vida em Escolares entre 8 e 10 Anos de Idade do Município de Lagarto, Sergipe, Brasil**

♦ Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Natália Silva Andrade (natalia.andrade@academico.ufs.br). Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (86) 99935-3585.

♦ Informações Gerais: O estudo busca avaliar as doenças e alterações na saúde bucal de crianças em idade escolar (8 a 10 anos) matriculadas em escolas públicas e privadas no município de Lagarto, Sergipe, Brasil. O estudo será realizado em três etapas: 1. preenchimento de um questionário socioeconômico e demográfico, de informações sobre o período pré, pero e pós-natais e hábitos relacionados a saúde bucal; 2. aplicação de questionário que medirá o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos indivíduos; 3. exame da cavidade bucal para diagnóstico das alterações seguido de orientação de higiene bucal e distribuição de kits odontológicos com escova dental e dentifrício fluoretado.

♦ Riscos Potenciais: Por se tratar de um estudo amplo, a presente pesquisa pode gerar algum desconforto durante a realização do exame da cavidade bucal, comum a qualquer outro tipo de avaliação odontológica. Os participantes de pesquisa poderão apresentar medo e/ ou ansiedade, que serão minimizados por meio de conversas e a ajuda dos pais ou responsáveis para que os mesmos se sintam mais seguros.

♦ Garantia de Sigilo: Todos os resultados fornecidos e obtidos durante a realização desse estudo serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador e a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Além disso, durante a análise dos dados a identificação do participante de pesquisa será preservada com a substituição de seu nome por um número, garantindo o anonimato.

♦ Outras Garantias: Em qualquer parte do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para estabelecimento de eventuais dúvidas e poderá solicitar a qualquer momento os dados individuais coletados por este estudo. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes de pesquisa.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu,_____, abaixo assinado, concordo com a participação voluntária do (a) meu (minha) filho (a) no estudo **Condições de Saúde Bucal e Impacto na Qualidade de Vida em Escolares entre 8 e 10 Anos de Idade do Município de Lagarto, Sergipe, Brasil**. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Fui suficientemente informado (a) a respeito das informações que li, tendo entendido e aceito os termos presentes nesse documento.

Local: _____ Data: _____/_____/_____

Nome do participante da pesquisa ou responsável:

_____

_____ Natália Silva Andrade

Assinatura do Participante ou Responsável — Assinatura do Pesquisador Responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal de Sergipe – Campus Prof. João Cardoso Nascimento, Rua Cláudio Batista, s/n, Cidade Nova, Aracaju/SE, CEP 49060-108. web: http://cep.ufs.br/pagina/2160, telefone (79) 3194-7208. O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
COORDENAÇÃO DE PESQUISA – COPES
Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa (Condições de Saúde Bucal e Impacto na Qualidade de Vida em Escolares entre 8 e 10 Anos de Idade do Município de Lagarto, Sergipe, Brasil). Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber como está a saúde da sua boca. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm entre 8 e 10 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na escola em que você estuda, onde as crianças serão avaliadas (olhar a boca e responder um questionário). Para isso, serão usados espelho de boca, sonda recomendada pela Organização Mundial de Saúde, pinça clínica, gaze e roletes de algodão estéreis. O uso deles é considerado seguro e sem dor, não causando risco ou prejuízo a você. Talvez você se sinta incomodado (a) com a realização do exame clínico bucal. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar. Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Natália Silva Andrade. Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (86) 99935 3585.

Caso você participe, terá como benefício orientação de higiene bucal, recebimento de kit para higiene bucal e aplicação tópica de flúor. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, pois não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der.

Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar.

Eu _____ aceito participar da pesquisa “Condições de Saúde Bucal e Impacto na Qualidade de Vida em Escolares entre 8 e 10 Anos de Idade do Município de Lagarto, Sergipe, Brasil”, que tem o objetivo avaliar como está a saúde da boca de crianças. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Lagarto, ____de _____de _____.

_____
Assinatura da criança

ANEXOS

ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA

UFS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de Saúde Bucal e Impacto na Qualidade de Vida em Escolares entre 8 e 10 Anos de Idade do Município de Lagarto, Sergipe, Brasil

Pesquisador: NATALIA SILVA ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34214920.3.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto - Nucleo de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.272.369

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo “Informações Básicas da Pesquisa” (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1583958.pdf) e do "Projeto Detalhado / Brochura Investigador" (PROJETO_EPIDEMIOLOGICO.docx), postados em 29/07/2020.

Introdução:

Durante a infância e pré-adolescência, a ocorrência de determinadas condições ou doenças relacionadas à saúde bucal podem desencadear impacto negativo sobre o bem-estar físico, social e psicológico, prejudicando atividades diárias e a vida de crianças e seus familiares (BARBOSA et al., 2016; GARCÍA-PÉREZ et al., 2017). Essas condições podem causar dor, desconforto e alterações de comportamento para a criança, como medo e ansiedade (SCHUCH et al., 2015; MONTE-SANTO et al., 2018). A saúde bucal tem sido tradicionalmente avaliada com base em indicadores clínicos normativos. Contudo estes são muitas vezes insuficientes para determinar o real impacto das doenças e distúrbios bucais na vida dos indivíduos afetados (LIMA et al., 2018). A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é um conceito multidimensional que reflete a satisfação do indivíduo em relação a sua saúde bucal. Ele considera não apenas as condições clínicas, mas também experiências psicológicas e sociocomportamentais e consequências do estado de saúde bucal dos indivíduos (GARCÍA-PÉREZ

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br

et al., 2017). A avaliação da QVRSB é uma importante ferramenta de saúde, tanto na avaliação clínica tradicional como em pesquisas em saúde. A influência de variáveis psicossociais, além das condições clínicas, na percepção dos indivíduos é vista, pois a QVRSB inclui uma avaliação subjetiva da saúde bucal, bem-estar funcional,
emocional, expectativas e satisfação com o cuidado e senso de autocuidado (SISCHO; BRODER, 2011). O interesse na avaliação da QVRSB entre crianças tem crescido nos últimos anos. Este cenário representa um grande avanço, pois as crianças em muitas comunidades ao redor do mundo são afetadas pela cárie dentária, traumatismos dentários, maloclusões e defeitos de desenvolvimento do esmalte (SCHUCH et al., 2015; GARCÍAPÉREZ et al., 2017; SIMÕES ET AL., 2017; LIMA et al., 2018; VELANDIA et al., 2018; GUIMARÃES et al., 2018; PORTELLA et al., 2019; MAGNO et al., 2019). Alguns instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar a QVRSB, como o Questionário de Percepção Infantil (CPQ) (FOSTER-PAGE et al., 2005). Esse questionário foi desenvolvido para duas faixas etárias diferentes (8-10 e 11-14) e foi validado para língua portuguesa no Brasil (GOURSAND et al., 2008; BARBOSA; TURELI; GAVIÃO, 2009; BARBOSA; VICENTIN; GAVIÃO, 2011).Estudos que avaliam o impacto da saúde
bucal na qualidade de vida de crianças podem melhorar a interação e comunicação entre pacientes, responsáveis, pesquisadores e profissionais.
Além disso, podem contribuir para a implementação de políticas públicas destinadas a minimizar desigualdades sociais, determinar as necessidades de tratamento, priorizar os cuidados, definir o tratamento apropriado, metas e resultados e avaliar os resultados das estratégias implementadas.
Todas essas ações podem resultar em importantes benefícios para as pessoas, com adoção de práticas odontológicas com base na comunidade, além de pesquisa clínica e políticas de saúde pública potencialmente efetivas (SCHUCH et al., 2015). Assim, o objetivo deste estudo transversal será avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de escolares entre 8 e 10 anos de idade de Lagarto, Sergipe, Brasil.

Hipótese:
Piores condições de saúde bucal impactam negativamente na qualidade de vida de crianças.

Metodologia Proposta:
Trata-se de estudo observacional, transversal, de base populacional com abordagem quantitativa que irá determinar as condições de saúde bucal de crianças entre 8 e 10 anos de idade matriculadas em escolas do município de Lagarto, Sergipe, Brasil. A população do estudo será

constituída por escolares com idade entre 8 e 10 anos, matriculados em instituições de ensino do município de Lagarto, Sergipe, Brasil. Lagarto é um município da
região do estado de Sergipe, localizado na região nordeste do Brasil e possui população estimada de 104.408 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) (http://www.ibge.gov.br, acessado em 08.03.2020). Segundo dados do censo escolar da educação básica de 2018, 5.372 escolares estavam matriculadas em escolas públicas e privadas nos anos iniciais do Ensino Fundamental na cidade de Lagarto-SE (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, INEP, www.inep.gov.br acessado em 08.03.2020).

A amostra ideal para o desenvolvimento deste estudo será obtida através de cálculo utilizando o software Epi-info, no módulo STATCALC, versão 7.0, pela fórmula: n = [EDFF*Np(1-p)]/ [(d2/Z21-/2*(N-1)+p*(1-p)] , ajustada por um fator de correção (EDFF) para desenho do estudo de 1.0, onde N é a população (5.372). Considerou-se intervalo de confiança de 95% (z21-/2 = 1,96) e limite de confiança (d) de 5,0%. Considerou-se a proporção (p) de 50% para aumentar o poder da amostra e assim obteve-se amostra de 359 escolares. Foi acrescido 10% para minimizar as possíveis perdas durante o estudo. Assim a amostra final ideal para este estudo será de 395 crianças. Para assegurar representatividade, a amostra será estratificada de acordo com a zona da cidade e o tipo de instituição. A amostra será estratificada com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Educação. A coleta de dados será realizada no período de setembro de 2020 a abril de 2021. Antes da coleta de dados, será realizado estudo piloto com 30 crianças frequentadoras da Clínica Odontológica Infantil da UFS, Campus Lagarto, para avaliar a metodologia proposta, instrumentos de coleta de dados e realizar treinamento dos examinadores para execução dos procedimentos do exame clínico e obtenção de índice Kappa inter e intraexaminador. O exercício de calibração dos examinadores se dará em dois momentos: a) teórico – estudo de banco de imagens com classificação dos índices a serem analisados durante o estudo; e b) prático – exames clínicos presenciais durante o estudo piloto. Durante a etapa teórica, o pesquisador principal será considerado o padrão-ouro e os demais examinadores só passarão para etapa prática após obtenção de índice
Kappa > 0,60 (WHO, 2013).
A coleta de dados será realizada em três momentos: 1) aplicação de questionário para obtenção de dados socioeconômicos e demográficos, intercorrências nos períodos pré, peri e pós-natais, hábitos de higiene bucal, etc; 2) aplicação de questionário de qualidade de vida aos participantes e seus respectivos responsáveis (CPQ 8-10); e 3) exame clínico extra e intrabucal seguido de

orientação de higiene bucal e distribuição de kits
odontológicos com escova dental e dentifrício fluoretado.

Critério de Inclusão:
Serão incluídas crianças na faixa etária de 8 a 10 anos de idade na data de realização do exame clínico e que permitam a realização desse exame da cavidade bucal, cujos responsáveis legais aceitarem participar do estudo.

Critério de Exclusão:
Serão considerados não-elegíveis os escolares nos quais suas condições inviabilizem a realização do exame clínico, e/ ou aqueles cujos responsáveis não autorizarem a participação no estudo e/ ou aqueles que utilizem aparelho ortodôntico fixo. Serão ainda excluídos da pesquisa os indivíduos com alguma necessidade especial, que os impossibilitem de responder aos questionários sociodemográficos e de qualidade de vida.

Metodologia de Análise de Dados:
Os dados serão analisados no Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS® for Windows, versão 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Serão computados escores parciais de cada domínio, bem como escores gerais dos questionários de qualidade de vida (CPQ 8-10 e FIS). Para caracterização sociodemográfica e clínica da população estudada e descrição dos escores dos domínios dos questionários de qualidade de vida, será realizada análise descritiva dos dados, como medidas de tendência central (frequências, média, mediana, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão, intervalo interquartil). Na análise bivariada, serão utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson, Exato de Fisher, tStudent, Mann-Whitney e Kruskall Wallis para determinar a associação entre as variáveis dependentes e independentes. Para todos os testes será considerado o valor $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Avaliar condições de saúde bucal e o impacto destas na qualidade de vida de escolares entre 8 e 10 anos de idade no município de Lagarto, Sergipe, Brasil.

Objetivo Secundário:

Determinar a prevalência das principais condições de saúde bucal apresentadas na amostra; Verificar a associação entre as condições de saúde bucal e as variáveis socioeconômico e demográficas e outros fatores relacionados à etiologia das doenças bucais;
Avaliar o impacto de cada condição de saúde bucal na qualidade de vida de acordo com a autopercepção das crianças e com a percepção dos pais e/ ou responsáveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:

Este estudo apresenta desconforto e risco mínimo para os participantes. Riscos de natureza psicológica, tais como medo e ansiedade, serão minimizados por meio de conversas e a ajuda dos pais ou responsáveis para que os mesmos se sintam mais seguros. Além disso, as crianças
podem sentir algum incômodo durante a realização do exame clínico bucal, entretanto, o mesmo será executado por profissionais capacitados e habilitados a fim de minimizar ao máximo qualquer desconforto.

Benefícios:
Os dados obtidos no estudo poderão servir de embasamento científico para o diagnóstico precoce, prevenção e adoção de condutas eficazes destinadas aos pacientes. Além disso, esses receberão orientações sobre higiene e escovação, que é imprescindível para manutenção e
estabelecimento de saúde bucal. Os conhecimentos gerados também podem influenciar no planejamento do tratamento de crianças acometidas por problemas de saúde bucal. Será possível contribuir com novas informações para a construção do conhecimento sobre o assunto, além de subsidiar futuros estudos nesse campo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Trata-se de estudo observacional, transversal, de base populacional com abordagem quantitativa que irá determinar as condições de saúde bucal de crianças entre 8 e 10 anos de idade matriculadas em escolas do município de Lagarto, Sergipe, Brasil.
O objetivo deste estudo transversal será avaliar o impacto das condições de saúde
bucal na qualidade de vida de escolares entre 8 e 10 anos de idade de Lagarto, Sergipe, Brasil.

Desfecho Primário:
Presença de alterações bucais em crianças de 8 a 10 anos de idade.
Tamanho da Amostra no Brasil: 395
Intervenções a serem realizadas: APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS E EXAME CLÍNICO ODONTOLÓGICO.

Apoio Financeiro: FIANACIAMEN

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Termos obrigatórios apresentados conforme Norma Operacional CNS N° 001 de 2013 e as Res. 466/2012 e 510/2016 do CNS/CONEP/MS e Carta Resposta das pendências, exceto o Termo de Assentimento Livre e esclarecido.

Recomendações:
- Todos os documentos anexados pelo pesquisador devem possibilitar o uso dos recursos “Copiar” e “Colar” em qualquer palavra ou trecho do texto.
- Há necessidade que o pesquisador responsável assume o compromisso de que todos os Termos de apresentação obrigatória apresentados com assinatura digitalizadas, sejam postados com assinatura física, assim que as atividades presenciais da Instituição Proponente retomem as atividades presenciais. Esta postagem deverá ser via Notificação para o CEP-UFS.
- A pesquisadora responsável deverá respeitar as recomendações sanitárias vigentes em decorrência da epidemia. Em caso de modificação no cronograma ou interrupção da pesquisa, estes fatos deverão ser noticiados ao CEP-UFS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Análise das respostas (ARQUIVO "CARTA_RESPOSTA_epidemiologico.doc", POSTADO NA PLATAFORMA BRASIL EM 29/07/2020) ao Parecer Consubstanciado n° 4.171.794 emitido em 24/07/2020.

1ª. Pendência: 1) TCLE/TALE: 1.1 Omite informação acerca do ressarcimento: A Resolução CNS N° 466 de 2012, item II.21, define ressarcimento como “compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação”. Ainda, o item IV.3.g orienta que o TCLE deve conter obrigatoriamente “explicitação

da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes". Adequar.
Resposta: Foi adicionado item ao TCLE para contemplar a garantia de ressarcimento bem como meio de cobertura de despesas.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

2ª. Pendência: 1.2 - Omite informação acerca da assistência gratuita, e quem se responsabilizará por ela: A Resolução CNS N° 466 de 2012 define dano associado (ou decorrente) da pesquisa o "agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa" (item II.6). Ainda no item V.6, a citada Resolução define que "O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa". Adequar
Resposta: Foi adicionado item ao TCLE para contemplar a informação acerca da assistência gratuita e responsável por esta.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

3ª Pendência: 1.34Omite informação acerca da indenização: A Resolução CNS N° 466 de 2012 (item IV.3) define que "os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa" (item V.7). Adequar
Resposta: Foi adicionado item ao TCLE para contemplar a informação acerca da indenização aos participantes de pesquisa.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

4ª Pendência: 1.5 Não descreve os mecanismos adotados para a anonimização dos dados, por exemplo: por meio de codificação de dados, omissão de dados que possam identificar o

constituída por escolares com idade entre 8 e 10 anos, matriculados em instituições de ensino do município de Lagarto, Sergipe, Brasil. Lagarto é um município da
região do estado de Sergipe, localizado na região nordeste do Brasil e possui população estimada de 104.408 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) (http://www.ibge.gov.br, acessado em 08.03.2020). Segundo dados do censo escolar da educação básica de 2018, 5.372 escolares estavam matriculadas em escolas públicas e privadas nos anos iniciais do Ensino Fundamental na cidade de Lagarto-SE (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, INEP, www.inep.gov.br acessado em 08.03.2020).

A amostra ideal para o desenvolvimento deste estudo será obtida através de cálculo utilizando o software Epi-info, no módulo STATCALC, versão 7.0, pela fórmula: n = [EDFF*Np(1-p)]/ [(d2/Z21-/2*(N-1)+p*(1-p)] , ajustada por um fator de correção (EDFF) para desenho do estudo de 1.0, onde N é a população (5.372). Considerou-se intervalo de confiança de 95% (z21-/2 = 1,96) e limite de confiança (d) de 5,0%. Considerou-se a proporção (p) de 50% para aumentar o poder da amostra e assim obteve-se amostra de 359 escolares. Foi acrescido 10% para minimizar as possíveis perdas durante o estudo. Assim a amostra final ideal para este estudo será de 395 crianças. Para assegurar representatividade, a amostra será estratificada de acordo com a zona da cidade e o tipo de instituição. A amostra será estratificada com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Educação. A coleta de dados será realizada no período de setembro de 2020 a abril de 2021. Antes da coleta de dados, será realizado estudo piloto com 30 crianças frequentadoras da Clínica Odontológica Infantil da UFS, Campus Lagarto, para avaliar a metodologia proposta, instrumentos de coleta de dados e realizar treinamento dos examinadores para execução dos procedimentos do exame clínico e obtenção de índice Kappa inter e intraexaminador. O exercício de calibração dos examinadores se dará em dois momentos: a) teórico – estudo de banco de imagens com classificação dos índices a serem analisados durante o estudo; e b) prático – exames clínicos presenciais durante o estudo piloto. Durante a etapa teórica, o pesquisador principal será considerado o padrão-ouro e os demais examinadores só passarão para etapa prática após obtenção de índice
Kappa > 0,60 (WHO, 2013).
A coleta de dados será realizada em três momentos: 1) aplicação de questionário para obtenção de dados socioeconômicos e demográficos, intercorrências nos períodos pré, peri e pós-natais, hábitos de higiene bucal, etc; 2) aplicação de questionário de qualidade de vida aos participantes e seus respectivos responsáveis (CPQ 8-10); e 3) exame clínico extra e intrabucal seguido de

participante, substituição do nome por letra ou número na análise dos dados, entre outros. Adequar
Resposta: O mecanismo de anonimização dos dados foi adicionado no item sobre a garantia de sigilo aos participantes de pesquisa.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

5ª Pendência: 1.5 Corrigir o endereço do CEP que fica no Campus da Saúde. Não informa os meios de contato com o CEP e nem a sua função de proteção ao participante da pesquisa: O telefone (3194 -7208) e o endereço são minimamente exigidos pela Resolução CNS N° 466 de 2012. Estas informações são relevantes porque o participante de pesquisa (ou seu responsável legal) pode querer entrar em contato com o CEP para esclarecer dúvidas, fazer reclamações ou denúncia. Adequar.
Resposta: As alterações foram realizadas conforme solicitado.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

6ª Pendência: 1.6 Apresenta informações adicionais no campo de assinaturas: Embora se entenda que, do ponto de vista jurídico, o TCLE represente um contrato entre o participante de pesquisa e o pesquisador/patrocinador, o TCLE tem a função precípua de informar e respeitar a autonomia do participante de pesquisa e não propriamente de se estabelecer vínculo contratual entre as partes. Informações adicionais, além do nome e data de assinatura, não são considerados essenciais do ponto de vista bioético. Sendo assim, a Conep tem solicitado que informações como RG, CPF, endereço, entre outras sejam removidas do campo de assinatura. Adequar
Resposta: As informações adicionais do campo de assinaturas foram removidas.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS n° 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 – A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c)desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e)apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP,interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1583958.pdf	29/07/2020 23:41:34		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_epidemiologico.doc	29/07/2020 23:40:44	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_EPIDEMIOLOGICO.docx	29/07/2020 23:38:40	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/07/2020 23:38:07	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	29/06/2020 12:15:52	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	29/06/2020 12:14:44	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_APRESENTACAO_PROJETO.pdf	26/06/2020 18:01:46	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_SEMED.pdf	26/06/2020 18:00:35	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito

Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/06/2020 17:57:00	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	26/06/2020 17:39:32	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

ARACAJU, 12 de Setembro de 2020

Assinado por:
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
(Coordenador(a))

ANEXO B – DECLARAÇÃO

PREFEITURA DE LAGARTO
CAPITAL DO INTERIOR

PREFEITURA DE LAGARTO

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

GABINETE DO SECRETÁRIO

Lagarto, 09 de Março de 2020

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Secretaria Municipal de Educação de Lagarto (Gerência de Formação Permanente), tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "**Condições de Saúde Bucal e Impacto na Qualidade de Vida em Escolares entre 8 e 10 Anos de Idade do Município de Lagarto, Sergipe, Brasil**", em desenvolvimento no Departamento de Odontologia de Lagarto, *Campus* Lagarto, da Universidade Federal de Sergipe (DOL-UFS), no período de 2020/2021. A pesquisadora principal do estudo e orientadora Profª Drª Natália Silva Andrade, cumprirá todos os termos da Resolução CNS nº 466/ 2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento do projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Atenciosamente,

Magson Vinicius De Santana Almeida

Secretário de Educação

Magson Vinicius de S. Almeida
Secretário Municipal de Educação
Decreto de 02/01/2020

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIOECONÔMICOS E DOMOGRÁFICOS E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E FAMILIAR

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
Questionário Nº _____ **Data** _____/ _____/ _____

DADOS DA CRIANÇA

Nome: _____ **Idade:** _____

Sexo da criança: 0. Masc1. Fem **Data de Nascimento**: _____/_____/_____

Tipo de escola: 0. Particular 1. Pública municipal 2. Pública estadual

Nome da escola:_____ **Série:** _____

DADOS DO RESPONSÁVEL

Quem é o responsável pelo preenchimento do questionário? 0. Mãe 1. Pai
3. Outro (Quem?) _____ **Idade do responsável**: _____

Renda familiar (salários mínimos): _____ **Escolaridade**: _____

Situação de emprego: 0. Empregado 1. Desempregado 3. Outro _____

Água do domicílio é de abastecimento público? 0. Sim 1. Não 2. Não sabe 3. Outro _____

HISTÓRIA MÉDICA

A criança tem algum problema de saúde? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual(is)?_____

A criança faz uso contínuo de medicações? 1. Sim 0. Não

Quais medicações? _____

A mãe da criança teve algum problema de saúde durante a gestação da criança? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual(is)?_____

Tipo de parto: 0. Normal 1. Cesariana **Peso ao nascer:** _____

Nascimento: 0. de acordo com a data provável do parto 1. antes da data provável do parto 2. depois da data provável do parto

Teve problemas/ intercorrências durante o parto? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual(is)?_____

A criança teve alguma doença durante os três primeiros anos de vida? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual(is)?_____

A criança fez uso de antibióticos nos três primeiros anos de vida? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual(is)?_____

HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

Criança já foi ao dentista? 1. Sim 0. Não **Se sim: Por qual motivo?** _____

Há quanto tempo? 0. Menos de seis meses 1. Entre dois anos e seis meses 2. Mais de dois anos

Já sofreu traumatismo dentário (caiu e quebrou ou perdeu algum dente)? 1. Sim 0. Não

Procurou atendimento médico ou odontológico após o traumatismo? 1. Sim 0. Não

Já teve dor de dente? 1. Sim 0. Não

Durante o período do isolamento social importo pela pandemia da covid-19, seu (sua) filho (a) teve algum problema relacionado à saúde bucal? 1. Sim 0. Não **Se sim qual(is)?** _____

Você teve medo de levar seu (sua) filho (a) ao dentista por causa da pandemia da covid-19? 1. Sim 0. Não

Se sim, o qual seria o principal motivo de ter medo de levar seu (sua) filho (a) ao dentista durante a pandemia?

1. Medo de se contaminar no consultório odontológico 2. Medo de se contaminar no percurso até o consultório odontológico 3. Outro _____

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

Com que idade a criança começou a fazer a higiene bucal? 0. Antes do nascimento do primeiro dente
1. Após nascimento do primeiro dente (**Idade em meses** _____)

Número de escovações diárias _____ **Usa pasta de dente com flúor?** 1. Sim 0. Não

Usa fio dental? 1. Sim 0. Não **Usa algum tipo de enxaguante bucal (bochecho)?** 1. Sim 0. Não

Como o responsável classifica a saúde bucal da criança: 1. Péssima 2. Regular 3. Mais ou menos 4. Boa 5. Excelente

Ingestão de guloseimas ou doces: 1. Todos os dias da semana 2. Três a cinco vezes por semana 3. Nos finais de semana 4. Raramente 5.Não ingere

ESCALA DE IMPACTO FAMILIAR (FIS)

ITEM – Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábios, boca ou maxilares do seu (sua) filho (a), com que frequência:	Nunca	Uma/ duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Todos os dias
01. Você ou outro membro da família precisou de dispensa do trabalho (ex. dor, consultas, cirurgia)?	0	1	2	3	4
02. Seu (sua) filho (a) pediu mais sua atenção ou de outros da família?	0	1	2	3	4
03. Você ou outro membro da família teve menos tempo para si mesmo ou para família?	0	1	2	3	4
04. Você ou outro membro da família teve o sono interrompido?	0	1	2	3	4
05. Interferiu nas atividades da família em casa ou em outro lugar?	0	1	2	3	4
06. Você ou outro membro da família se sentiu perturbado?	0	1	2	3	4
07. Você ou outro membro da família se sentiu culpado?	0	1	2	3	4
08. Você ou outro membro da família se preocupou que seu (sua) filho (a) terá menos oportunidades na vida (ex. namorar, ter filhos, arrumar emprego)?	0	1	2	3	4
09. Você ou outro membro da família se sentiu desconfortável em lugares públicos (ex. lojas, restaurantes) com seu (sua) filho (a)?	0	1	2	3	4
10. Seu (sua) filho (a) discutiu com você ou outros da família?	0	1	2	3	4
11. Seu (sua) filho (a) ficou com ciúmes de você ou de outros membros da família?	0	1	2	3	4
12. Causou discordância ou conflito na sua família?	0	1	2	3	4
13. Seu (sua) filho (a) culpou você ou outra pessoa da família?	0	1	2	3	4
14. Causou dificuldades financeiras para sua família?	0	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – 8 A 10 ANOS – VERSÃO CURTA – DATA: _____/_____/_____

1. Você é um menino ou uma menina? ( ) menino ( ) menina **2. Qual a sua idade?**_____

3. Quando você pensa em seus dentes ou boca, você acha que eles são:

( ) Muito bons ( ) Bons ( ) Mais ou menos ( ) Ruins

4. Quanto seus dentes ou boca lhe incomodam no dia-a-dia?

( ) Nem um pouco ( ) Só um pouquinho ( ) Mais ou menos ( ) Muito

ITEM – Agora responda algumas perguntas sobre o que aconteceu com seus dentes e sua boca nas últimas 4 semanas:	Nunca	Uma/ duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Todos os dias
05. Você teve dor em seus dentes quando tomou bebidas geladas ou comeu alimentos quentes?	0	1	2	3	4
06. Você sentiu alimento grudado em seus dentes?	0	1	2	3	4
07. Você teve dificuldade para morder ou mastigar alimentos duros, como maçã, milho verde na espiga ou bife devido aos seus dentes ou sua boca?	0	1	2	3	4
08. Você teve dificuldade para comer o que gostaria devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?	0	1	2	3	4
09. Você ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?	0	1	2	3	4
10. Você ficou preocupado porque você não é tão bonito quanto os outros por causa de seus dentes ou sua boca?	0	1	2	3	4
11. Você não quis sorrir ou rir quando estava com outras crianças devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?	0	1	2	3	4
12. Outras crianças tiraram sarro de você ou lhe apelidaram devido aos seus dentes ou sua boca?	0	1	2	3	4

ANEXO D – CÓDIGOS PARA PREECHIMENTO DO EXAME CLÍNICO

CÓDIGOS PARA PREENCHIMENTO DO EXAME CLÍNICO

ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL:
CÓDIGOS: 0 = gengiva normal com ausência de inflamação – gengiva sem alteração de cor e com grau de pontilhado variável, sem sangramento à sondagem; 1 = inflamação gengival leve – ligeira mudança de cor, leve edema, com sangramento à sondagem; 2 = Inflamação gengival moderada – vermelhidão e edema, com sangramento à sondagem; 3 = Inflamação gengival intensa – vermelhidão acentuada e edema, com a presença ou não de ulceração e tendência para sangramento espontâneo.

ÍNDICE CPO-D/ceo-d – EXPERIÊNCIA DE CÁRIE:

CÓDIGOS: (0)hígido; (1) lesão de cárie cavitada em esmalte; (2) lesão de cárie cavitada em dentina; (3) lesão de cárie cavitada em polpa; (4) dente restaurado com cárie; (5) dente restaurado sem cárie; (6) dente perdido devido à cárie; (7) dente perdido por outras razões; (8) selante em fissura; (9) prótese ou coroa; (10) dente não-erupcionado; (99) não registrado; (T) trauma.

URGÊNCIA COM NECESSIDADE DE INTERVAÇÃO OU ENCAMINHAMENTO
CÓDIGOS: 0 = Sem necessidade de tratamento; 1 = Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina; 2 = Tratamento imediato incluindo remoção de tecido; 3 = Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal; 4 = Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica)

ÍNDICE DE TRAUMATISMO DENTÁRIO: CÓDIGOS: 0 = Sem sinal de injúria; 1 = Injúria tratada; 2 = Somente fratura em esmalte; 3 = Fratura em esmalte e dentina; 4 = Envolvimento pulpar; 5 = Dente perdido devido a traumatismo; 6 = Outro dano (especificar, como alteração de cor); código 9 = Dente excluído

ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL – DAI

Apinhamento anterior - (0) Sem apinhamento; (1) um segmento apinhado; (2) dois segmentos apinhados
Espaçamento anterior - (0) Sem espaçamento; (1) um segmento espaçado; (2) dois segmentos espaçados
Relação molar ântero-posterior - (0) normal; (1) meia cúspide; (2) uma cúspide

ESCORES DO DAI = 0. ( ) ≤25 – Normal ou oclusopatia leve; 1. ( ) 26-30 – Com oclusopatia definida;
2. ( ) 31-35 – Com oclusopatia severa; 3. ( ) ≥36 – Oclusopatia muito severa

ÍNDICE DDE MODIFICADO:
CÓDIGOS: (0)Tecido dentário normal; (1) opacidade demarcada; (2) opacidade difusa; (3) hipoplasia; (4) outros defeitos; (5) opacidade demarcada e difusa; (6) opacidade demarcada e hipoplasia; (7) opacidade difusa e hipoplasia; (8) todos os três defeitos.

HIPOMINERALIZAÇÃO MOLAR-INCISIVO:
CÓDIGOS: (0) Sem sinal de MIH; (1) opacidade demarcada branca ou bege; (2) opacidade demarcada amarela ou acastanhada; (3) desintegração pós-eruptiva do esmalte; (4) restaurações atípicas (nas margens da restauração verifica-se alteração da opacidade); (5) cárie atípica (nas margens da cavidade de cárie observa-se alteração da opacidade) (6) ausência de primeiros molares permanentes em dentições com baixa atividade de cárie associados aos outros fatores mencionados; (7) não pode ser classificado

LESÕES DE MUCOSA:
CÓDIGOS: 0 = Sem condição anormal; 1 = Tumor maligno (câncer de boca); 2 = Ulceração (aftosa, herpética, traumática); 3 = Gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA); 4 = Candidíase; 5 = Abscesso; 6 = Outra condição (especificar se possível)

ANEXO E – FICHA CLÍNICA DA CRIANÇA

FICHA CLÍNICA DA CRIANÇA No. _____

Data do exame _____/____/____ **Idade (em anos)**: _____
Sexo: 0. Masculino 1. Feminino **Série:** _____
Nome da Escola: _____
Nome da Criança: _____

EXAME CLÍNICO EXTRABUCAL
( ) sem alterações ( ) assimetrias ( ) palidez facial ( ) alterações no vermelhidão dos lábios
( ) linfonodos cervicais aumentados ( ) aumento de parótida ( ) outras alterações visíveis (especificar)
_____

EXAME CLÍNICO INTRABUCAL
ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL: Presença de sangramento gengival 1.( ) Sim 0.( ) Não

16/55		**11/51**		**26/65**	
46/85		**31/71**		**36/75**	
TOTAL					

ÍNDICE CPO-D/ceo-d – EXPERIÊNCIA DE CÁRIE: 1.( ) Sim 0.( ) Não

17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27
47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37

ceo-d_____ c[ ] e[ ] o[ ] **CPO-D** _____ C[ ] P[ ] O[ ]
URGÊNCIA COM NECESSIDADE DE INTERVAÇÃO OU ENCAMINHAMENTO _____
ÍNDICE DE TRAUMATISMO DENTÁRIO: Presença de traumatismo dentário 1.( ) Sim 0.( ) Não
DENTES – 12 _____ **11** _____ **21** _____ **22** _____ **42** _____ **41** _____ **31** _____ **32** _____
ÍNDICE DDE MODIFICADO: Presença de DDE 1.( ) Sim 0.( ) Não

17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27
47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37

Amelogênese imperfeita: 1. ( ) Sim 0. ( ) Não
Fluorose dentária: 1. ( ) Sim 0. ( ) Não **Se sim, classificar:** 1. Questionável 2. Muito Leve
3. Leve 4. Moderada 5. Severa
HIPOMINERALIZAÇÃO MOLAR-INCISIVO 1.( ) Sim 0.( ) Não

17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27
47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37

LESÕES DE MUCOSA – 0. Ausente 1. Presente

Linha mucocutânea		**Soalho da boca**	
Comissuras		**Língua**	
Lábios		**Palato duro e mole**	
Sulcos		**Rebordo alveolar e gengiva**	
Mucosa bucal		**Outra localização (especificar)**	

ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL – DAI

Nº de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos no arco superior		**Desalinhamento mandibular anterior em mm**	
Número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos no arco inferior		**Overjet maxilar anterior em mm**	
Apinhamento anterior		**Overjet mandibular anterior em mm**	
Espaçamento anterior		**Mordida aberta vertical anterior em mm**	
Diastema em mm		**Relação molar ântero-posterior**	
Desalinhamento maxilar anterior em mm			

HIPERSENSIBILIDADE À SONDAGEM ( ) 0. Não ( ) 1. Sim
HIPERSENSIBILIDADE AO FRIO – autorrelato da criança ( ) 0. Não ( ) 1. Sim
HIPERSENSIBILIDADE AO CALOR – autorrelato da criança ( ) 0. Não ( ) 1. Sim
EROSÃO DENTÁRIA ( ) 0. Não ( ) 1. Sim **DENTES COM EROSÃO**: _____
FEZ ART? ( ) SIM ( ) NÃO **QUAIS DENTES**: _____