

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

**REPRESENTAÇÃO DE VÍNCULO PARENTAL, DEPRESSÃO, ANSIEDADE
MATERNA E TRAUMATISMO DENTÁRIO EM PRÉ-ESCOLARES DE UMA ÁREA
ADSCRITA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

INAIÁ BONFADINI

Porto Alegre

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM SAUDE BUCAL COLETIVA

LINHA DE PESQUISA

**EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENIA E REPERCUSSÃO DAS DOENÇAS DA
CAVIDADE BUCAL E ESTRUTURAS ANEXAS**

DISSERTAÇÃO

**REPRESENTAÇÃO DE VÍNCULO PARENTAL, DEPRESSÃO, ANSIEDADE
MATERNA E TRAUMATISMO DENTÁRIO EM PRÉ-ESCOLARES DE UMA ÁREA
ADSCRITA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Odontologia, Nível
Mestrado, Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como pré-requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Saúde
Bucal Coletiva**

INAIÁ BONFADINI

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Bonfadini, Inaiá

Representação de vínculo parental, depressão, ansiedade materna e traumatismo dentário em pré-escolares de uma área adscrita do município de Porto Alegre / Inaiá Bonfadini. -- 2013.
67 f.

Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. traumatismo dentário. 2. pré-escolares. 3. vínculo parental. 4. ansiedade materna. 5. depressão materna. I. Hilgert, Juliana Balbinot, orient. II. Título.

Dedico esta dissertação e todo meu amor ao meu filho Caetano, minha maior obra, que mesmo antes de ser concebido já dava razão ao meu futuro, e ao meu marido Cristiano, meu maior incentivador e exemplo profissional.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que mais uma vez me acolheu na importante empreitada de uma educação gratuita e de qualidade.

Ao Grupo Hospitalar Conceição e seus funcionários, em especial às equipes das UBS, que sempre nos receberam tão bem. Deixo aqui meu agradecimento e meu apreço.

Aos professores do PPGODO, em especial ao professor Fernando Hugo e ao professor Roger Celeste, pela dedicação, didática nas aulas ministradas e apoio.

À professora Giana Frizzo pelo apoio e suporte na área da Psicologia.

Aos colegas de mestrado do núcleo de saúde bucal coletiva, Andressa, Arisson e Gabriel por tornarem as aulas mais divertidas e por compartilharem suas dúvidas e conquistas.

À doutoranda Nailê Damé pelo apoio e pelas contribuições na formulação do projeto de pesquisa.

Aos colegas de UBS de São Jerônimo, Sabrine, Betina e William pelo apoio e amizade.

Aos meus pais, mestres de formação, que sempre me ensinaram que o maior legado para deixar aos filhos é a educação. Não tenho palavras para agradecer tudo que vocês fazem por mim. Sem vocês, eu nada seria.

À minha irmã amada, o melhor presente que ganhei dos meus pais, pelo carinho e apoio em todas as minhas escolhas e por sempre estar disponível para me ajudar.

Às minhas amigas, parte fundamental da minha vida, que sempre estão ao meu lado. Obrigada pelos momentos de diversão e pela compreensão nos meus momentos ausentes.

À minha orientadora, professora Juliana B. Hilgert, que me acolheu e me guiou em um mundo novo para mim, que acreditou no meu potencial e foi além do simples repassar conhecimento. És um exemplo de mãe e docente. Obrigada pelo incentivo acadêmico e por estar sempre ao meu lado, principalmente agora na minha incrível jornada pela maternidade.

À estudante de Psicologia e bolsista de iniciação científica Monique Scapinello, por ser esta pessoa incrível, por acreditar na pesquisa e estar disponível até nos feriados para alcançarmos todas juntas nosso objetivo. Saiba que tenho muito orgulho de ti. Obrigada por tudo.

Aos estudantes de Odontologia e bolsistas de iniciação científica, Cauã Coutinho (*in memoriam*) e Cassiana Stringhini, muito obrigada pela dedicação.

À colega de mestrado e de pesquisa Joanna Pereira, por todo apoio, pelas risadas e pela amizade, que tenho certeza vai além dos muros universitários.

À doutoranda Patrícia Luz, que me recebeu de braços abertos no grupo de pesquisa, não medindo esforços para que nossa jornada tivesse êxito. Não tenho palavras para descrever minha gratidão, mas enfim, muito obrigada por ser esta pessoa especial, pela tua dedicação e pela amizade.

Ao meu marido Cristiano Gomes, que sempre esteve ao meu lado me incentivando e apoiando. Teu exemplo acadêmico foi fundamental para que eu buscasse novos rumos. Obrigada pela tua paciência nos meus momentos difíceis e por todo o teu amor e carinho. Estar ao teu lado só me traz felicidade: Te amo.

Meus agradecimentos, por fim, a todas as famílias que nos receberam em seus lares e depuseram de seu tempo, acreditando em nosso estudo, em especial às mães e as crianças. Cada olhar ou gesto marcou para sempre a minha vida.

E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas

Gonzaguinha

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está vinculada a um projeto de pesquisa integrado intitulado “Avaliação da associação entre representação de vínculo parental, depressão e ansiedade materna e cárie precoce da infância”. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC) no dia 09/11/2011, com o número de processo 11-196, e financiado com recursos concedidos pelo Edital Universal do CNPQ 479894/2010-8 e Edital Pesquisador Gaúcho FAPERGS 11/1368-4.

A coleta de dados, pertinente ao desenvolvimento do estudo, se deu entre os meses de dezembro de 2011 e fevereiro de 2013, nas comunidades vinculadas a uma das 12 Unidades Básicas de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, situadas na Zona Norte de Porto Alegre, RS, Brasil. A escolha deste local para a coleta foi baseada no fato de que, neste grupo hospitalar, o sistema de dados que traz informações da comunidade é tido como referência nacional, por estar sempre atualizado e trazendo os dados das famílias cadastradas de forma territorializada, o que facilitou a logística do estudo.

Participaram desta etapa da pesquisa os pós-graduandos Patrícia Blaya Luz e Joanna Tatith. Pereira (Odontologia), e os bolsistas: Monique Scapinello (Psicologia), Cassiana Hauschild Stringhini e Cauã Vasquez Coutinho (*in memoriam*) (Odontologia) sob supervisão dos professores: Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert (Odontologia), Prof. Dr. Fernando Borba de Araújo (Odontologia), Prof. Dr. Fernando Neves Hugo (Odontologia), Profa. Dra. Giane Frizzo (Psicologia)

Esta dissertação será apresentada na forma de um artigo científico. Tal formato está de acordo com as regras estabelecidas no regimento do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

RESUMO

Uma alta prevalência de traumatismo dentário (TD) tem sido relatado nas últimas décadas em um panorama global. Os estudos apontam diferentes fatores associados ao TD em dentes decíduos, entretanto as variáveis psicológicas maternas e seu papel no contexto do TD de crianças em idade pré-escolar devem ser melhor elucidadas. Objetivo: O objetivo desta dissertação foi descrever a prevalência e identificar fatores associados ao TD de pré-escolares de uma área adscrita no município de Porto Alegre, RS. Métodos: Estudo transversal analítico. Participaram deste estudo 163 crianças em idade pré-escolar, moradoras de áreas adstritas de unidades básicas de saúde de um hospital público de referência no município de Porto Alegre, RS. A amostragem foi aleatória por conglomerado, mantendo a proporção de nascidos vivos em 2008 em cada unidade. A coleta de dados foi domiciliar e ocorreu entre dezembro de 2011 a fevereiro de 2013. Três examinadoras previamente treinadas e calibradas ($\kappa \geq 0,8$) realizaram exames clínicos em todas as crianças da amostra para coletar dados sobre TD e maloclusão. Um questionário foi aplicado junto às mães, a fim de coletar dados socioeconômicos bem como questões relativas a hábitos bucais deletérios e à etiologia e local de ocorrência do TD. O índice utilizado para TD foi o *Children's Dental Health Survey criteria*. Os sintomas de ansiedade e depressão materna foram avaliados através dos inventários Beck de ansiedade e inventário Beck de depressão; o *Parental Bonding Index* foi utilizado para aferir vínculo parental. A associação de TD e seus possíveis indicadores de risco foram avaliados através de regressão logística multinomial utilizando o software SPSS 16.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição. Resultados: Uma alta prevalência de TD foi encontrada na população em estudo (49,8%), sendo 28,4% trauma somente em esmalte. Não foi encontrada associação de TD a nenhuma variável psicológica materna. Entretanto, nível educacional e número de filhos, bem como número de moradores na residência, idade e atividade laboral materna nos primeiros dois anos de vida da criança estiveram associados ao TD de dentes decíduos na amostra selecionada. Características clínicas das crianças como *overjet* e mordida cruzada também mostraram associação com TD. Conclusões: O presente estudo aponta que o traumatismo dentário em dentes decíduos é um agravo bastante prevalente, tendo associação com características oclusais e fatores socioeconômicos maternos.

Palavras-chave: traumatismo dentário, dentes decíduos, depressão, ansiedade materna, vínculo parental.

ABSTRACT

An increased prevalence of traumatic dental injury (TDI) has been reported in the last few decades in worldwide. Studies indicate different factors associated with TDI in primary teeth, however maternal psychological variables and their role in the context of TDI children in preschool children should be better elucidated. Objective: The aim of this study was to identify associated factors with dental trauma in preschool children in the city of Porto Alegre, RS, Brazil. Methods: Cross sectional study. The study included 163 preschool children living in areas attached to basic health units in of a public referral hospital in Porto Alegre, RS, Brazil. The sampling was randomized, keeping the proportion of live births in 2008 in each unit. Data collection was done from December 2011 to February 2013 in the residence of the sampled households. Three previously trained and calibrated examiners ($\kappa \geq 0.8$) realized clinical examinations on all children in the sample to collect data on TDI and malocclusion. The mothers answered a questionnaire to collect sociodemographic data, and questions about oral habits, etiology and place of occurrence TDI. The index TDI was recorded according to the Children's Dental Health Survey criteria. Symptoms of maternal anxiety and depression were assessed using the Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory; the Parental Bonding Index was used to evaluate parental bonding. The association of dental injuries and their possible risk factors was estimated using multinomial logistic regression using the SPSS 16.0 software. The study was approved by the ethics committee of the Hospital Group Conceição. Results: A high prevalence of dental trauma was found in the study population (49.8%), with 28.4% at the enamel level. There was no association of dental trauma to any maternal psychological variable. However, educational level and number of siblings as well as number of residents living in the same house, age and maternal work activity during the first two years of life of the children was associated with dental trauma in deciduous teeth in the selected sample. Clinical characteristics of children as overjet and crossbite also were associated to the presence of trauma. Conclusions: This study indicates that dental trauma in primary teeth is a fairly prevalent grievance, having association with occlusal characteristics and maternal socioeconomic factors.

Key words: Dental trauma, deciduous teeth, depression, maternal anxiety, parental bonding

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERAURA.....	13
2.1 TRAUMATISMO DENTÁRIO NA DENTIÇÃO DECÍDUA.....	13
2.2 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DO TRAUMATISMO DENTÁRIO.....	14
2.3 FATORES ASSOCIADOS AO TRAUMATISMO DENTÁRIO NA DENTIÇÃO DECÍDUA.....	19
2.4 CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS DA MÃE.....	20
3. OBJETIVOS.....	23
4. MANUSCRITO.....	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	50
FIGURA 1- FLUXOGRAMA DA AMOSTRA.....	58
APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	59
APÊNDICE 2- FICHA CLÍNICA.....	61
APÊNDICE 3- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	62
ANEXO 1- PARENTAL BONDING INDEX	64
ANEXO 2- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	67

1. INTRODUÇÃO

Os traumatismos dentários constituem uma das principais ocorrências de urgência em Odontologia. Quando afetam crianças menores, geram situações de desconforto, não somente para a própria criança, como também aos seus familiares ou responsáveis (ASSUNÇÃO et.al., 2007). A ocorrência do traumatismo dentário (TD) na primeira infância é muito freqüente, devido à relação observada entre os fatores de crescimento, desenvolvimento físico e psíquico da criança, pois nessa fase ela inicia os seus primeiros passos, que é o aprendizado do caminhar, não apresentando, assim, coordenação motora suficiente para evitar possíveis quedas (DUARTE et.al., 2001).

A faixa etária mais acometida é bastante discutida na literatura, devido a diferentes metodologias. No entanto, o intervalo que compreende dos 18 aos 36 meses de idade, demonstra as mais altas taxas de prevalência na dentição decídua, independente do sexo, em diferentes estudos (CHOI et.al., 2010; GRANVILLE-GARCIA et.al.,2006; OLIVEIRA et.al., 2007; FELDENS et.al., 2010; KRAMER et.al., 2003).

Em relação à etiologia, as quedas são as principais causas, sendo a residência o local de maior ocorrência (BASTONE et.al., 2000; ALTUN et.al., 2010; VIEGAS et.al., 2006). Muitas pesquisas relacionam o TD à presença de maloclusão, como selamento labial inadequado e/ou *overjet* acentuado (SGAN-COHEN et.al., 2008; ROBSON et.al., 2009; GOETTENS et.al., 2012). Entretanto, a situação socioeconômica da família ou o grau de escolaridade materna ainda são fatores inconclusivos na associação com TD de crianças em idade pré-escolar.

Crianças de tenra idade dependem de um cuidador, frequentemente a figura materna, para que seu desenvolvimento se dê de maneira segura (WINNICOTT, 2000). Portanto, cabe analisar o papel da mãe ou cuidador responsável, bem como a situação socioeconômica da família, no contexto do TD de crianças. Neste sentido, a análise da condição emocional dessas mães, que por problemas como depressão e/ou ansiedade, não conseguem criar um vínculo forte com seu filho e lhe oferecer o cuidado que promova saúde se faz importante.

Mães deprimidas tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com seus filhos em relação às não deprimidas. Além disso, elas expressam mais insatisfação associada à criança, são mais hostis, menos afetuosas, comunicativas e habilidosas no trato com os filhos, além de apresentarem estilos de atribuição de causalidades mais negativos (TETI & GELFAND,

1997). Em um estudo que simulava depressão materna e afastamento e sua repercussão na interação da díade mãe-filho, observou-se que diante das mães menos responsivas, expressivas, envolvidas e falantes, as crianças tendiam a se afastar fisicamente e apresentavam mais comportamentos negativos para chamar atenção. Quando as mães não estavam simulando afeto depressivo e afastamento, as crianças evidenciavam mais comportamentos positivos e brincavam mais próximos às mães (SEINER & GELFAND, 1995).

O impacto da depressão pós-parto, de acordo com Cummings e Davies (1994), deve ser considerado dentro de um contexto familiar mais amplo, no qual atuam elementos interdependentes. Para os autores, o impacto da depressão na criança vai depender de como esta afeta o comportamento, a cognição e as emoções da própria mãe. Evidências apontam também para as implicações da depressão pós-parto na qualidade do apego estabelecido entre a mãe e a criança. Murray et al. (1996), encontraram que mães que sofreram depressão pós-parto foram menos sensíveis e, além disso, mostraram-se menos afirmativas e mais negativas em relação ao desenvolvimento dos bebês. Os autores concluíram que a qualidade do apego era influenciada não só pela depressão materna após o nascimento do bebê, mas também pelas experiências da mãe sobre o seu próprio nascimento e a natureza do relacionamento com sua própria mãe.

Portanto, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência e fatores associados, como representação de vínculo parental, ansiedade e depressão materna e traumatismo dentário na dentição decídua de uma amostra de pré-escolares na cidade de Porto Alegre/RS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRAUMATISMO DENTÁRIO NA DENTIÇÃO DECÍDUA

Injúrias de natureza, mecânica, química ou térmica que afetem um ou mais dentes são considerados traumatismos dentários (ANDREASEN & ANDREASEN, 2001). O traumatismo dentário (TD) é uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis de origem accidental ou intencional, causada por forças que atuam no órgão dental (KRAMER & FELDENS, 2005). Decorrências como dor, dificuldades para falar e comer, bem como danos psicológicos são consequências comuns oriundas de TD, sendo razões frequentes para consultas de emergência (ALONGE et.al., 2001).

O conhecimento científico sobre TD indica que a maioria das injúrias deste tipo ocorre em crianças e adolescentes (KOCH & POULSEN, 2009; SKAPETIS et.al., 2011; SAE-LIN et.al., 1995). No entanto, este tipo de injúria é pouco comum em bebês de até um ano, pois sua locomoção motora é muito limitada, bem como tem sua erupção dentária incompleta. A partir do primeiro ano de vida, a ocorrência do TD se torna bastante frequente, devido à relação observada entre os fatores de crescimento, desenvolvimento físico e psíquico da criança, pois nessa fase ela inicia os seus primeiros passos, que é o aprendizado do caminhar, não apresentando, assim, coordenação motora suficiente para evitar possíveis quedas (DUARTE et.al., 2001).

Em relação ao local de ocorrência, estudos demonstram que injúrias em dentes decíduos ocorrem principalmente nas residências (SAE-LIN et.al, 1995; GRANVILLE-GARCIA et.al., 2010; HASAN et.al., 2010), tendo como etiologia principal as quedas (CHOI et.al., 2010; SKAARE et.al., 2005; WENDT et.al., 2010). A violência, quer seja na rua ou doméstica, como empurrar uma criança contra outra, agressões e abuso físico, também são causas de TD (DE FRANÇA & BURGOS, 2001). É unânime na literatura que os incisivos centrais superiores têm as mais altas taxas de ocorrência (SEGURA & POYATO, 2003; CARVALHO et.al., 1998; CUNHA et.al., 2001; DE AMORIM et.al., 2011; RODRÍGUEZ, 2007). A associação entre sexo e TD na dentição decídua não está bem estabelecido na literatura. Trabalhos recentes não encontraram diferença significativa entre meninos e meninas (KARGUL et.al., 2003; JORGE et.al., 2012; SHEKHAR & MOHAN, 2011; KRAMER et.al., 2009), embora alguns pesquisadores relatam que houve diferença significativa em favor do sexo masculino (SKAARE & JACOBSEN, 2005; RODRÍGUEZ, 2007; NORTON & O'CONNELL, 2012; CARDOSO & DE CARVALHO, 2002)..

Dentre todos os tipos de trauma relatados na literatura, as fraturas de esmalte e as luxações são as injúrias encontradas mais frequentemente (HASAN et.al., 2010; COUTINHO & CAJAZEIRA, 2011; BELTRÃO et.al.,2007; HARGREAVES et.al., 1999; BORSSÉN & HOLM, 1997) , entretanto estes dados variam conforme o método de classificação.

2.2 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE TRAUMATISMO DENTÁRIO

Inúmeros sistemas de classificação -ou índices- têm sido propostos no intuito de categorizar os traumatismos dentários. Uma revisão sistemática sobre o método de diagnóstico classificatório analisou 164 artigos, identificando 54 sistemas de classificação distintos (FELICANO & CALDAS, 2006), indicando a dificuldade de definição na escolha do sistema a ser utilizado. O quadro 1 compara os sistemas mais utilizados em pesquisas.

O sistema proposto por Andreasen (ANDREASEN & ANDREASEN,2001) é o mais comumente utilizado pelos pesquisadores (FELICANO & CALDAS, 2006), incluindo 16 categorias que abrangem estrutura dentária, tecidos moles e de sustentação. É um sistema complexo que, muitas vezes, necessita de exames de diagnóstico complementar para uma correta categorização, sendo, portanto, mais difícil de ser utilizado em estudos populacionais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs em 1995 um sistema que congrega 10 categorias que incluem danos aos tecidos dentários e aos tecidos periodontais, sendo menos complexo que o sistema proposto por Andreasen.

Garcia-Godói elaborou um índice modificado a partir do sistema proposto pela OMS, diferindo dos outros, pois separa as fraturas que envolvem cimento ou não. A classificação proposta por Ellis também foi baseada no sistema proposto pela OMS e categoriza as fraturas por extensas ou simples, excluindo fraturas alveolares (BASTONE et.al., 2000).

A proposta de classificação proposta por O'Brien no Reino Unido foi desenvolvida a partir de uma importante pesquisa de base populacional (TRAEBERT, 2006) . O índice *The Children's Dental Health Survey Criteria* (CDHS-UK) vem sendo utilizado em estudos epidemiológicos sobre TD em crianças e adolescentes (TRAEBERT et.al., 2010; DAMÉ-TEIXEIRA et.al., 2012; PIOVESAN et.al., 2012; CORTES et.al., 2001), por ser de fácil aplicação em estudos populacionais e não necessitar de exames complementares para classificação.

Quadro 1- Sistemas de classificação de traumatismo dentário, modificado de Bastone et.al.(2000)

Sistemas de classificação	Andreasen	Organização Mundial da Saúde (OMS)	Garcia-Godói	Ellis	CDHS-UK
Número de Grupos					
1	Fratura incompleta em esmalte	Fratura em esmalte	Trinca em esmalte	Fratura coronária simples, envolvendo pouca ou nenhuma dentina	Fratura somente em esmalte
2	Fratura Coronária Simples-esmalte ou dentina sem exposição pulpar	Fratura coronária sem envolvimento pulpar	Fratura em esmalte	Fratura coronária extensa envolvendo dentina, mas sem exposição pulpar	Fratura em esmalte/ dentina sem envolvimento pulpar
3	Fratura coronária complicada-esmalte e dentina com exposição pulpar	Fratura coronária com envolvimento pulpar	Fratura em esmalte /dentina sem envolvimento pulpar	Fratura coronária extensa envolvendo dentina com envolvimento pulpar	Quaisquer fraturas de esmalte e dentina com sinais ou sintomas de envolvimento pulpar:
4	Fratura coronoradicular simples envolvendo esmalte, dentina e cimento sem exposição pulpar	Fratura radicular	Fratura em esmalte e dentina com envolvimento pulpar	Dente não vital com ou sem perda de estrutura	Sem fratura, mas com sinais e/ou sintomas de envolvimento pulpar
5	Fratura radicular com exposição pulpar	Fratura coronoradicular	Fratura radicular	Perda total do dente	Dente perdido por trauma

6	Concussão	Fratura dentária inespecífica	Fratura dentária inespecífica	Deslocamento do dente, com ou sem fratura na coroa ou raiz	Outro dano: deve-se especificar
7	Subluxação	Luxação	Concussão	Fratura da coroa com substituição	
8	Luxação intrusiva	Intrusão ou extrusão	Luxação		
9	Luxação extrusiva	Avulsão	Deslocamento lateral		
10	Luxação completa	Outra injúria, incluindo tecidos moles	Intrusão		
11	Fratura de osso alveolar de suporte		Extrusão		
12	Fratura da parede vestibular ou lingual de osso vestibular de suporte		Avulsão		
13	Fratura da maxila ou mandíbula				
14	Laceração da gengiva ou mucosa oral				
15	Contusão da gengiva ou mucosa oral				
16	Abrasão da gengiva ou mucosa oral				

A prevalência de TD em dentes decíduos varia bastante na literatura, indicando dados entre 9,4% a 62,1% em estudos brasileiros (quadro 2) e 6,2% a 76,1% em estudos internacionais (quadro 3)

Quadro 2- Prevalência de traumatismo dentário na dentição decídua no Brasil

AUTORES	LOCAL	ANO	IDADE (meses)	CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO	AMOSTRA (n)	PREVALÊNCIA (%)
Cunha et.al.	SP	2001	0 a 36	Andreasen	1654	16,0
Granville-Garcia et.al.	PE	2006	12 a 60	Hins & Gregory	2651	36,8
Beltrão et.al.	PB	2007	12 a 36	Andreasen	293	10,2
Oliveira et.al.	SP	2007	5 a 59	Ellis	665	9,4
Robson et.al.	MG	2009	0 a 60	Andreasen	419	39,1
Kramer et.al.	RS	2009	0 a 60	Andreasen	1095	23,6
Ferreira et.al.	PE	2009	3 a 59	Garcia-Godói	3489	14,9
Wendt et.al.	RS	2010	12 a 71	Andreasen & Andreasen	571	36,6
Viegas et.al.	MG	2010	60	Andreasen	388	62,1
Feldens et.al.	RS	2010	36 a 60	Andreasen	888	36,4
Souza Filho et.al.	PI	2011	36 a 68	Andreasen	220	31,8
Bonini et.al.	SP	2012	3 a 60	Andreasen	376	27,7
Piovesan et.al. (45)	RS	2012	12 a 59	CDHS-UK	441	31,7
Goettens et.al. (13)	RS	2012	24 a 71	Andreasen & Andreasen	501	40,0

Quadro 3- Prevalência de traumatismo dentário na dentição decídua em estudos internacionais

AUTORES	LOCAL	ANO	IDADE (MESES)	CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO	AMOSTRA (n)	PREVALÊNCIA (%)
Carvalho et.al.	Bélgica	1998	36 a 60	Andreasen	750	18,0
Hargreaves et.al.	África do Sul	1999	1 a 60	Andreasen	1466	15,0
Al-Majed et.al.	Arábia Saudita	2001	60 a 72	CDHS-UK	354	33
Rodriguez	Cuba	2007	24 a 60	Andreasen & Andreasen	543	34,2
Hasan et.al.	Kuwait	2010	24 a 72	OMS	500	11,2
Tümen et.al.	Turquia	2011	2 a 60	OMS	727	8,0
Shekhar, Mohan	Índia	2011	36 a 60	Andreasen	1126	6,2
Norton, O'Connell	Irlanda	2012	1 a 83	Andreasen	839	25,6
Govindarajan et.al.	Índia	2012	36 a 60	Ellis	334	13,2
Bhayya, Shyagali	India	2013	48 a 72	Garcia-Godói	1500	76,1

2.3 FATORES ASSOCIADOS AO TRAUMATISMO DENTÁRIO NA DENTIÇÃO DECÍDUA

Diversos fatores associados ao risco de TD na dentição decídua vêm sendo analisados em estudos nacionais e internacionais. Sabe-se que a relação entre maloclusão e TD tem tido cada vez mais relevância em estudos que objetivam analisar fatores de associação, sendo que a presença de *overjet*, mordida aberta anterior e selamento labial inadequado são alguns destes fatores apontados por muitas pesquisas (TÜMEN et.al., 2011; SGAN-COHEN et.al., 2008; ROBSON et.al., 2009; BONINI et.al., 2012)

Determinantes sociais como renda, núcleo familiar, nível educacional dos pais e sua relação com TD nas crianças de idade pré-escolar vêm sendo analisadas nos últimos anos. Entretanto, ainda não parece estar bem estabelecida alguma associação majoritária. Todavia, alguns trabalhos relatam que crianças oriundas de famílias de baixa renda ou com condições sociais desfavoráveis tiveram uma prevalência maior de TD (FERREIRA et.al., 2009; VIEGAS et.al., 2006; JORGE et.al., 2012), contrariando os achados de muitos pesquisadores que não encontraram diferença significativa em relação à renda ou à vulnerabilidade social (WENDT et.al., 2010; FELDENS et.al., 2010; OLIVEIRA et.al., 2007; BONINI et.al., 2009)

Poucas pesquisas relacionam o grau de escolaridade materna com a presença de TD em crianças de idade pré-escolar (WENDT et.al., 2010; OLIVEIRA et.al., 2007; TÜMEN et.al., 2011; OLIVEIRA et.al., 2010), entretanto Feldens et.al. (2010) realizou uma pesquisa no Brasil encontrando uma chance 30% maior de ocorrer traumatismo dentário em filhos de mães com mais de oito anos de estudo.

O papel do contexto psicológico dos cuidadores da criança, especialmente da mãe, não está definido na literatura atual no que tange a relação de causalidade e/ou associação com o TD dos filhos. Este aspecto, ainda pouco explorado, deve ser cuidadosamente pesquisado, visto que a saúde mental das mães parece influenciar a saúde emocional dos filhos (HALPERN & FIGUEIRAS, 2004). Mudanças no padrão de desenvolvimento motor, social e psíquico da criança estão associados aos cuidados iniciais inadequados (FIELD, 1992). Para Klaus et.al. (2000), transtornos psíquicos da mãe na fase precoce da maternidade são considerados fatores de grande risco para a negligência física ou emocional em relação à criança e que o grau dessa negligência seria diretamente proporcional à gravidade das condições psíquicas da mãe. Entre os distúrbios psicológicos mais prevalentes e relevantes, podemos citar a ansiedade e a depressão materna.

2.4 CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS DA MÃE

Para Camacho et.al. (2006), a gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser avaliados com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental. Raphael-Leff (1996) sugere uma metáfora para representar a realidade psíquica durante a gravidez como um "*container* procriador", constituído por três sistemas de entrelaçamento: fisiológico-placentário, intrapsíquico-familiar e socioambiental. O nascimento de uma criança é visto pela sociedade em geral como um momento de alegria e de felicidade, no entanto o puerpério pode ser um período propenso a crises, visto que a gestação e o parto, muitas vezes, são momentos estressantes na vida da mulher (ZELKOWITZ & PAPAGEORGIU, 2005).

Segundo Schwengber & Piccinini (2003) a interação adequada mãe-filho tem relação com o bom desenvolvimento posterior da criança. O vínculo mãe-filho é uma relação de apego da mãe e do filho, relação esta que deve ser íntima e afetiva estabelecida entre a criança e a figura materna, onde toda e qualquer mulher seria capaz de estabelecer com seu filho. A ligação afetiva entre mãe e filho se estabelece nos primeiros 24 meses de vida da criança e ela é resultado das constantes interações mantidas entre a dupla desde o nascimento (MAZET & STOLERU, 1990). A relevância da atenção que a mãe psicologicamente saudável dedica ao seu filho favorece o aparecimento de um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento das potencialidades inatas de seu bebê, sendo crucial para o desenvolvimento do vínculo. A mãe (ou o cuidador) se comunica com seu bebê essencialmente através de gestos, sorrisos e vocalizações. Quando a interação obtém êxito, dá oportunidade à mãe de compreender as demandas do filho, o que proporciona seu desenvolvimento físico e mental de forma sadia (WINNICOTT, 2000). Entretanto, para Jerusalinsky (2005) a estimulação que a mãe oferece espontaneamente a seu filho, base para o desenvolvimento ideal, pode ser seriamente comprometida quando perturbações familiares ou sociais se fazem presentes, reduzindo, desta maneira, a capacidade adaptativa parental às circunstâncias particulares da genitura.

Em um novo contexto e rotina, a mãe se vincula às situações estressantes como a indiferença do bebê, sua recusa ou extrema voracidade de se alimentar, à falta de sono que ele lhe impõe, situações que obrigam a mãe a renunciar aos seus próprios interesses para poder cuidar de seu filho. Assim, muitos transtornos emocionais do pós-parto podem surgir em mulheres que não conseguem elaborar esta nova situação (FRIZZO & PICCININI, 2005). De acordo com Camacho et.al. (2006), as transformações psicológicas e sociais deste período

podem desencadear um quadro de ansiedade e/ou de depressão. Muitas vezes, estes dois transtornos coexistem, causando um impacto significativo no bem-estar da mãe, em seus relacionamentos e no seu filho (MILLER et.al., 2006).

Segundo Gorenstein et.al. (1999), a ansiedade é um estado normal que faz parte das vivências humanas e tem componentes psicológicos e fisiológicos, que abrange situações de medo, insegurança, apreensão, ideias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília, tensão e dor muscular, sensação de constrição respiratória, tremor, inquietação e vários sintomas somáticos decorrentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo.

Quanto à prevalência de ansiedade materna (AM), relacionada ao pós-parto, os estudos nacionais baseados em diferentes constructos de auto-avaliação e metodologias relatam índices entre 32,9% e 46,1% (GUIDOLIN & CELIA, 2011; FAISAL-CURY & MENEZES, 2006; PADOVANI et.al., 2004). Em relação ao panorama internacional, as pesquisas mostram índices entre 3% e 43% (RECK et.al, 2008; BRITTON, 2005; SCHREIER et.al., 2008). Apesar do reduzido número de estudos sobre os efeitos da AM no desenvolvimento do recém-nascido, foi constatado que a ansiedade no pós-parto reduz a capacidade de enfrentamento, diminui a reatividade e a sensibilidade e aumenta os sentimentos de ineficácia no desempenho do cuidado com a criança (BRITTON, 2005). Faisal-Cury & Menezes (2006) realizaram um estudo com mulheres, verificando que após o primeiro mês de puerpério a AM esteve associada às intercorrências com o recém-nascido, especialmente em mulheres de baixa renda e mulheres jovens. Em um estudo conduzido por Pinto et.al. (2009) sobre ansiedade e depressão em mães de prematuros, mulheres com três ou mais filhos tiveram indicadores de ansiedade significativamente maiores do que as mães com até duas gestações. Presença de altos níveis de ansiedade em mães, independentemente da condição de nascimento do bebê e do momento da avaliação, constitui potencial fator de risco, tanto para o equilíbrio emocional materno, quanto para o desenvolvimento da criança. Altos níveis de ansiedade parecem interagir com altos níveis de depressão, potencializando, assim, os efeitos da primeira no desenvolvimento da criança e no bem-estar emocional das mães (CORREIA & LINHARES, 2007).

Outro transtorno emocional muito estudado é a depressão relativa à maternidade, em função do impacto que esta pode causar no desenvolvimento da criança (FRIZZO & PICCININI, 2005; SCHWENGBER & PICCININI, 2003). A palavra depressão, no seu uso habitual, pode significar tanto um estado afetivo anormal, quanto um sintoma, uma síndrome ou uma doença. Frequentemente, é associada a reações normais diante de determinados

sofrimentos e sentimentos de perda. Como síndrome ou doença, a depressão inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Em face de sua alta prevalência e custos sociais, nos dias atuais, é um importante problema para a saúde pública (CRUZ et.al., 2005). Quando a depressão da mãe ocorre durante as quatro semanas após o parto, esta é classificada como episódio de depressão maior com início no pós-parto. Para a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), a depressão pós-parto pode surgir durante as seis primeiras semanas após o parto. Alguns autores denominam de depressão materna (DM) quando os sintomas depressivos se estendem ao longo do primeiro ano de vida da criança, embora muitos ainda consideram o termo depressão pós-parto (FRIZZO & PICCININI, 2007).

Portanto o termo depressão materna (DM) abrange todo o período citado, sendo muito utilizado na literatura (FRIZZO & PICCININI, 2005). Em relação à prevalência da DM, os estudos nacionais apontam índices entre 19,1% e 34,9% (RUSCHI et.al., 2007; FONSECA et.al., 2010; MORAES et.al., 2006); os índices de DM em pesquisas internacionais se encontram entre 10,4% e 21% (JOSEFSSON & SYDSJÖ, 2011; CHAAYA et.al., 2002; DIETZ et.al., 2007). De acordo com Muneer et.al. (2009), a combinação de diversos fatores adversos, como idade materna, baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, conflitos matrimoniais e falta de suporte paterno podem aumentar a vulnerabilidade da mãe e prejudicar seu estado emocional. Os achados de Ruschi et.al. (2007) demonstraram que baixa escolaridade das mães esteve associada à presença de indicadores de depressão. A DM contribui para que os comportamentos afetivos e de atenção da díade mãe-filho tornem-se assíncronos, na medida em que a mãe se encontra afetivamente não responsiva. Com isso, a criança tende a experimentar uma desorganização comportamental, diminuindo o nível de respostas contingentes em relação à mãe (SCHWENGBER & PICCININI, 2003). Além disso, a depressão tende a afetar a disponibilidade cognitiva da mãe, condições inerentes à contingência de repostas; desequilibrando o processo responsivo ao seu filho, bem como diminuir seu campo de atenção (FRIZZO & PICCININI, 2005). Para Teti & Gelfand (1997), as mães deprimidas também tendem a ficar mais reclusas e ensimesmadas, podendo ocorrer uma inatenção e insensibilidade à saúde, segurança e necessidades psicológicas da criança. A DM é, portanto, um grave problema de saúde tanto para a mãe como para seu filho, devido a sua alta prevalência e aos fatores complexos envolvidos em sua etiologia (RUSCHI et.al., 2007).

3. OBJETIVOS

- Estimar a prevalência, a severidade e a etiologia do traumatismo dentário em dentes anteriores decíduos de uma amostra de pré-escolares de uma área adscrita no município de Porto Alegre, RS, Brasil.
- Identificar possíveis fatores associados ao traumatismo dentário na dentição decídua na amostra selecionada *versus* características oclusais das crianças, variáveis socioeconômicas e psicológicas maternas.

4. MANUSCRITO

Manuscrito a ser submetido a Dental Traumatology.

Representação de vínculo parental, depressão, ansiedade materna e traumatismo dentário em pré-escolares de uma área adscrita de um município do sul do Brasil.

Autores:

Inaiá Bonfadini*

Patrícia Blaya Luz**

Joanna Tatith Pereira**

Monique Scapinello***

Fernando Neves Hugo****

Fernando Borba de Araújo**

Juliana Balbinot Hilgert*

*Departamento de Odontologia Preventiva e Social; Faculdade de Odontologia; Universidade Federal do Rio Grande Do Sul; Porto Alegre, Brasil.

** Departamento de Cirurgia e Ortopedia Facial; Faculdade de Odontologia; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, Brasil.

*** Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e Personalidade; Faculdade de Psicologia; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Porto Alegre, Brasil.

**** Centro de Pesquisas em Odontologia Social; Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência:

Juliana Balbinot Hilgert

Faculdade de Odontologia –UFRGS- Ramiro Barcelos, 2492

Porto Alegre, RS, Brasil, CEP 9035003

e-mail: jhilgert@gmail.com

Palavras-chave: traumatismo dentário, dentes decíduos, depressão, ansiedade materna, vínculo parental

Título reduzido: Fatores psicológicos maternos e traumatismo dentário em pré-escolares

RESUMO

Uma alta prevalência do traumatismo dentário (TD) em dentes decíduos vem sendo reportado nas últimas décadas. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e identificar fatores associados ao TD de uma amostra de pré-escolares de uma área adscrita no município de Porto Alegre, Brasil. Um estudo transversal foi realizado a partir de uma amostra de 163 pré-escolares, moradores de áreas adstritas de unidades básicas de saúde de um hospital público no município de Porto Alegre (Brasil). As mães responderam um questionário contendo informações socioeconômicas, bem como constructos próprios para avaliar depressão, ansiedade e vínculo parental. Três examinadoras previamente treinadas e calibradas ($\kappa \geq 0,83$) realizaram exames clínicos em todas as crianças da amostra para coletar dados sobre TD e maloclusão. A associação do traumatismo dentário e seus possíveis indicadores de risco foram avaliados através de regressão logística multinomial. Uma alta prevalência de TD foi encontrada na população neste estudo (49,8%), sendo 28,4% trauma somente em esmalte. Não foi encontrada associação de traumatismo dental a nenhuma variável psicológica materna. Entretanto, nível educacional e número de filhos, bem como número de moradores na residência, idade e atividade laboral materna nos primeiros dois anos de vida dos filhos esteve associado ao TD de dentes decíduos na amostra selecionada. Características clínicas das crianças como *overjet* e mordida cruzada também se associaram a presença de traumatismo. O presente estudo aponta que o traumatismo dentário em dentes decíduos é um agravo bastante prevalente, tendo associação com características oclusais e fatores socioeconômicos maternos.

Palavras-chave: traumatismo dentário, dentes decíduos, depressão, ansiedade materna, vínculo parental.

INTRODUÇÃO

Os traumatismos dentários são agravos importantes na dentição decídua pois podem gerar dor e possíveis danos ao desenvolvimento dos germes dentários na dentição permanente (1). Na faixa etária que compreende dos 0 aos 6 anos, as lesões orais são classificadas como a segunda lesão mais comum, sendo 18% de todas as lesões somáticas. Das lesões orais, os traumatismos dentários são os mais frequentes, seguidos de lesões dos tecidos moles bucais (2,3).

Em relação à etiologia, as quedas são as principais causas, sendo a residência o local de maior ocorrência (4–6). Muitas pesquisas relacionam o traumatismo dentário (TD) à presença de maloclusão, como selamento labial inadequado e/ou *overjet* acentuado (7–9). Entretanto, a situação socioeconômica da família ou o grau de escolaridade materna ainda são fatores inconclusivos na associação com TD de crianças em idade pré-escolar.

Crianças de tenra idade dependem de um cuidador, frequentemente a figura materna, para que seu desenvolvimento se dê de maneira segura (10). A ligação afetiva entre mãe e filho se estabelece nos primeiros 24 meses de vida da criança e ela é resultado das constantes interações mantidas entre a dupla desde o nascimento (11). O vínculo que uma mãe faz com seu filho deve ser suficientemente satisfatório para uma relação de cuidado e segurança emocional futura (12). Mães deprimidas tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com seus filhos em relação às não deprimidas (13–15). Além disso, elas expressam mais insatisfação associada à criança, são mais hostis, menos afetuosas, comunicativas, e habilidosas no trato com os filhos, bem como apresentam estilos de atribuição de causalidades mais negativos (16). Neste sentido, analisar a condição emocional das mães, bem como explorar os fatores socioeconômicos da família, se faz importante.

Portanto, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de TD e fatores associados, como a representação de vínculo parental, ansiedade e depressão materna e traumatismo dentário na dentição decídua de uma amostra de pré-escolares de uma área adscrita na cidade de Porto Alegre, Brasil.

METODOLOGIA

Delineamento

Estudo transversal.

Procedimento Amostral

Foram incluídas no estudo crianças nascidas em 2008 cujas mães ou responsáveis residiam nas comunidades estudadas. A amostragem foi aleatória por conglomerado, mantendo-se a proporção de nascidos vivos em 2008 em cada comunidade. Para isso, cada Unidade de Saúde (conglomerado) forneceu a listagem com as crianças nascidas vivas de 2008 em ordem de data de nascimento e a partir de uma tabela com números aleatórios, as crianças foram selecionados para participar do estudo.

Cálculo Amostral

Para estimar o tamanho amostral, foi realizado um cálculo considerando o número de nascidos vivos dessas comunidades em 2008 (674 bebês) e a prevalência de traumatismo dentário aos três anos de idade de 36,4%, registrada em 2009 em um município vizinho a Porto Alegre (17). Assim, selecionado um α bidirecional de 0,05 e um β de 0,20, foi estimada uma amostra total de 188 indivíduos ($n=188$). Com o intuito de manter a aleatoriedade do processo amostral do projeto maior, onde a variável dependente era a cárie precoce da

infância, foi adotado o tamanho amostral original de 208 indivíduos, baseando-se na prevalência de CPI de 31% aos dois anos de idade (18), considerando uma taxa de não resposta de 20%.

Considerações Éticas

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC/11-196) e antes de participar do estudo, todas as mães leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Coleta de Dados

A equipe de trabalho de campo foi formada por três cirurgiãs-dentistas e uma estudante de Psicologia. A coleta de dados foi realizada no período entre dezembro de 2011 e fevereiro de 2013, nas áreas adscritas de 10 Unidades de Saúde (US) do GHC, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Vinculada ao Ministério da Saúde brasileiro, essa estrutura, reconhecida nacionalmente, é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados foram coletados por meio de exame clínico realizado nas crianças e entrevistas estruturadas administradas às mães (questionário sócio-demográfico, inventário Beck de depressão, inventário Beck de ansiedade e o Parental Bonding Index), executados nos domicílios das famílias.. Um contato telefônico foi feito com os responsáveis pela criança, para convidar as mães a participarem da pesquisa. Nas famílias onde não era obtido o contato telefônico, uma visita ao domicílio era realizada pela equipe de pesquisa, e na ausência de alguém na residência, uma correspondência autoexplicativa sobre a pesquisa era colocada na caixa de correspondência junto de um telefone para contato. Quando necessário esse procedimento era realizado até três vezes em cada residência.

Calibração

O treinamento para o diagnóstico classificatório de TD e maloclusão ocorreu através de análise de 24 imagens digitais. As cirurgiãs-dentistas envolvidas no projeto fizeram a calibração intra e interexaminadores analisando diferentes fotografias antes de começar a coleta ($kappa \geq 0,82$). Quando o tamanho amostral atingiu a metade, nova calibração foi realizada ($kappa \geq 0,86$).

Instrumentos

Questionário sócio-demográfico - As informações sócio-demográficas incluíram: sexo da criança, idade materna (em anos completos, dicotomizada em função da mediana, em mães até 33 anos e ≥ 33 anos), renda familiar bruta mensal (em reais, dicotomizada em função da média), escolaridade materna (categorizada em até ensino médio incompleto, ensino médio completo e ensino técnico ou superior incompleto ou mais), número de filhos (dicotomizado em até 2 filhos e 3 filhos ou mais), número de pessoas que moram na residência (até 4 pessoas e 5 ou mais), atividade laboral materna nos dois primeiros anos de vida da criança (categorizada em trabalhou e não trabalhou).

Parental Bonding Index (PBI)

Tem o objetivo de medir a contribuição do comportamento dos pais no desenvolvimento de um vínculo adequado entre pais e filhos. Foi elaborado em 1979 através de análises fatoriais sucessivas, a partir de 114 itens retirados da literatura e considerados qualidades parentais importantes para um desenvolvimento normal. O vínculo parental compreende duas principais dimensões: cuidado e controle. A dimensão do cuidado envolve afeição, aconchego, empatia, sensibilidade, frieza emocional, indiferença e negligência. A dimensão do controle ou superproteção é definida, em um polo, pelo controle, superproteção,

intrusão, contato excessivo, infantilização e prevenção de comportamento independente. O outro polo dessa dimensão é definido pela permissão da independência e autonomia. O PBI é um instrumento auto-aplicável tipo Likert, com 25 perguntas em relação à mãe (12 questões que incluem itens de proteção e 13 que incluem itens de superproteção), em que a pessoa responde o quão parecido aquele comportamento é com o comportamento de sua mãe até os seus 16 anos. Todas as respostas incluem: muito parecido, moderadamente parecido, moderadamente diferente ou muito diferente. Esse instrumento foi validado para população brasileira em 2006 (19). O tipo de vínculo pode ser aferido em 4 diferentes categorias, a partir da combinação dos fatores cuidado e superproteção: vínculo ótimo (alto afeto e baixo controle), negligente (baixo afeto e baixo controle), afetivo controlado (alto afeto e alto controle) e autoritário (baixo afeto e alto controle). O ponto de corte para análise é de 27 para afeto e 13,5 para controle, dicotomizando os fatores em alto e baixo a partir desse ponto de corte. Existe forte evidência que a forma como o comportamento de apego e vínculo se organiza depende, fundamentalmente, dos tipos de experiências que se recebe da família. Os tipos de vínculos que são estabelecidos na primeira infância influenciarão de forma significativa os relacionamentos posteriores (12). Portanto, os dados obtidos através deste instrumento foram utilizados como uma proxy do tipo de vínculo que existe entre as mães e as crianças da amostra.

Inventário Beck de Depressão

Beck Depression Inventory (BDI), criada por Aaron Beck na década de 60, consiste em um questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha. É um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos, tendo sua versão validada em português na década de 90 (20). Na sua versão atual, o questionário é desenhado para pacientes acima de 13 anos de idade e composto de diversos itens relacionados aos sintomas

depressivos como desesperança, irritabilidade e culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos: fadiga, perda de peso e diminuição da libido. Possui um escore único que pode ser classificado em mínimo, leve, moderado e grave, de acordo com os sintomas percebidos pelo indivíduo na semana anterior à avaliação. Os escores, conforme os níveis emocionais são assim distribuídos: escore de 0 a 11= nível mínimo; escore de 12 a 19 = nível leve; escore de 20 a 35 = nível moderado; escore de 36 a 63 = nível grave. Para fins de análise, os indivíduos foram classificadas em: sem sintomas de depressão ou leve, moderado/grave

Inventário Beck de Ansiedade

Beck Anxiety Inventory (BAI) também foi desenvolvida por Aaron Beck. Consiste em 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressa em sintomas comuns de ansiedade (como sudorese e sentimentos de angústia). Apresenta quatro possíveis respostas, e a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada. As possíveis respostas são: Não; Levemente: não me incomodou muito; Moderadamente: foi desagradável, mas pude suportar; Severamente: Quase não suportei. O BAI pode ter um resultado máximo de 63 pontos e as categorias são: 0-7: grau mínimo de ansiedade; 8-15: ansiedade leve; 16-25 ansiedade moderada e 26-63: ansiedade severa. Para fins de análise, os indivíduos foram classificados em: sem sintomas de ansiedade ou leve, moderado/grave.

Traumatismo Dental

O critério utilizado foi o *Children's Dental Health Survey Criteria* - CDHS-UK, que tem sido usado em alguns estudos epidemiológicos (21–25). Este índice, desenvolvido por pesquisadores no Reino Unido (26), identifica três tipos de tecidos envolvidos (esmalte, dentina ou polpa) organizando-os em seis categorias: fraturas em esmalte somente; fraturas

em dentina e esmalte sem envolvimento pulpar; quaisquer fraturas com sinais e/ou sintomas de envolvimento pulpar; sem fratura, mas com sinais ou sintomas de envolvimento pulpar; dente perdido por trauma; outro dano qualquer que deverá ser especificado. Cabe ressaltar que tecidos moles e de sustentação não são incluídos neste índice, visto que estes danos são de difícil diagnóstico em estudos de base populacional (26,27). Para fins de análise, o desfecho foi classificado em: sem traumatismo, traumatismo somente em esmalte e traumatismo em dentina ou com algum envolvimento pulpar. Todos os dentes anteriores das crianças foram examinados. O local onde ocorreu o traumatismo e a situação envolvida no momento do trauma foram coletados segundo informações maternas.

Malocclusão

A avaliação das condições oclusais foi realizada com a criança em oclusão cêntrica (28). O trespasse horizontal (*overjet*) maior ou igual a 3 mm -considerando a maior distância da borda incisal dos dentes incisivos superiores até a borda incisal dos incisivos inferiores utilizando sonda milimetrada- foi considerado *overjet* acentuado, caso contrário o trespasse horizontal foi considerado normal. O selamento labial foi considerado adequado quando o lábio superior e o lábio inferior se tocavam e cobriam completamente os dentes anteriores no momento que a criança foi solicitada a fechar os lábios, ou não adequado quando este recobrimento não ocorria. Mordida aberta anterior: foi considerada presente quando não ocorreu trespasse vertical entre a borda incisal dos dentes anteriores superiores e a borda incisal dos dentes anteriores inferiores ou ausente quando do contrário. Se a(s) cúspide(s) vestibular(s) dos dentes superiores ocluíse(m) lingualmente à(s) cúspide(s) vestibular(s) do(s) dente(s) inferior(s) correspondente, a mordida cruzada posterior era considerada presente. Mordida cruzada anterior: se a(s) cúspide(s) vestibular(s) dos dentes superiores ocluíse(m) lingualmente à(s) cúspide do dente inferior correspondente, a mordida cruzada

anterior era considerada presente. Hábitos bucais deletérios: as mães foram indagadas quanto ao uso de chupetas, mamadeira e sucção digital.

Análise Estatística

Foram utilizados modelos de regressão logística multinomial. Odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC) foram calculados para as variáveis de interesse com trauma. Todas as variáveis que mostraram associação com $p < 0,25$, bem como aqueles com relevância epidemiológica clínica foram incluídos. Variáveis que não contribuem significativamente para o modelo foram eliminados e um novo modelo foi desenvolvido. A partir desta comparação, um modelo reduzido verificou apenas associações significativas. As análises foram realizadas utilizando o software SPSS 16.0 para análise estatística (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

Resultados

A taxa de participação do estudo foi de 163/208 (78,36%). Das crianças sorteadas, não foi feito contato com 34 (16,34%) mães, e daquelas que puderam ser contactadas, 11 (5,3%) não concordaram em participar do estudo (Figura 1).

Foram analisados 163 díades (mãe-filho), sendo que destas crianças, 74 (45,4%) eram meninos. A renda média mensal das famílias foi de 2279 reais (± 2029) e metade destas famílias (50%) eram núcleos de até 4 pessoas. Em relação à idade das mães, 52,5% tinham 33 anos ou mais, sendo que 69,8% das mulheres entrevistadas tinham até 2 filhos. Quando indagadas sobre suas atividades laborais, 59,2% responderam que trabalharam nos dois primeiros anos de vida da criança. Em relação à escolaridade, 34,4% destas mães estudaram até o ensino médio incompleto, tendo a maioria (65,6%) estudado além disto.

Quanto aos hábitos bucais deletérios das crianças, 5,5% possuíam o hábito de sucção digital, 68,7% faziam uso de mamadeira e 32,5% utilizavam a chupeta como hábito diário. Em relação à maloclusão, a mordida aberta foi a mais prevalente, ocorrendo em 36,8% das crianças, enquanto a mordida cruzada posterior estava presente em 14,1%. O selamento labial inadequado estava presente em 12,3% e o *overjet* acentuado foi diagnosticado em 34% da amostra selecionada.

Uma alta taxa de prevalência foi encontrada (49,8%), sendo a fratura somente em esmalte o tipo de trauma mais frequente (28,4%). A distribuição das injúrias traumáticas, segundo etiologia e local de ocorrência foi baseada em informações maternas. Em relação à etiologia, 14% das crianças sofreram queda da própria altura, 1,2% com uso de patins/skate ou bicicleta, 0,6% tiveram TD devido ao bruxismo e 9,8% de outras causas. O local mais frequentemente relatado foi a residência familiar, com 16%. Via pública, parques ou praças tiveram uma prevalência de 5,5%, escolas ou creches com 3,1% dos casos e 6,7% ocorreram em outros locais.

Quanto ao perfil psicológico materno, a maioria das entrevistadas (62,3%) apresentaram indicadores com níveis mínimos de depressão (leve e/ou sem sintomas); Em 80,4% da amostra os indicadores de ansiedade também demonstraram níveis mínimos (leve e/ou sem sintomas). Em relação ao tipo de vínculo, 25,2% apresentaram vínculo afetivo controlado; 30,7% autoritário; 13,5% negligente e 30,7% vínculo ótimo.

Baseado em modelos de regressão logística multinomial, no modelo final totalmente ajustado, os seguintes fatores predisponentes avaliados foram associados com TD de dentina e/ou polpa: idade materna inferior a 33 anos (OR 2,73 IC 95%: 1,06-7,00), ter até 2 filhos (OR 0,14, 95% IC 0,33-0,56), até 4 pessoas morando na residência (OR 4,22, 95% IC 1,21-14,65) e ter escolaridade inferior ao ensino médio (OR 0,10, 95% IC 0,26-0,44). Em relação

ao TD em esmalte, os seguintes fatores predisponentes foram associados: a mãe ter atividade laboral nos dois primeiros anos de vida da criança (OR 3,40, 95% IC 1,43-8,05), ter *overjet* normal (OR 0,40, 95% IC 0,17-0,95) e ausência de mordida cruzada anterior (OR 0,2, 95% IC 0,45-0,89).

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo indicam que idade materna, número de filhos, número de pessoas moradores na mesma residência, escolaridade materna, atividade laboral materna nos dois primeiros anos de vida da criança, *overjet* e mordida cruzada anterior foram fatores independentemente associados ao TD na dentição decídua. Muitos estudos que investigam fatores associados ao TD em dentes decíduos relacionam alguma variável socioeconômica familiar ou materna (9,17,29–31). Embora há alguns estudos identificados, a direção e a natureza desta relação permanecem controversos.

Este estudo encontrou uma alta prevalência de TD (49,8%). Na literatura nacional e internacional a prevalência de traumatismo em dentes decíduos varia de 10,2% a 76,1%. Apesar desta grande variação, a alta prevalência é corroborada por estudos brasileiros e internacionais (1,33–36). As diferenças na variação podem ser explicadas pela heterogeneidade das amostras, idade dos participantes e diferenças metodológicas, bem como pelo critério diagnóstico utilizado.

Os incisivos centrais superiores foram os dentes mais acometidos (84,5%), dado este, unânime na literatura (5-7, 25). O local mais frequente onde ocorreu o TD foi a residência familiar (50,98%), provavelmente em função da tenra idade das crianças analisadas se compradas às crianças em idade escolar. Este dado também foi encontrado por alguns pesquisadores (37–39). A literatura aponta como etiologia principal do TD em dentes decíduos a queda da própria altura (31,40,41), assim como encontrado no presente estudo.

Sabe-se, todavia, que crianças na faixa etária estudada possuem demasiada energia e, apesar de caminharem com certa facilidade, possuem ainda sistema motor em desenvolvimento cujos componentes de motricidade apresentam ritmos diferentes em cada indivíduo (42), predispondo a quedas. A fratura de esmalte foi o tipo de trauma mais prevalente apontado neste estudo (28,4%). Muitos estudos ratificam este achado (7,25,35,43). Entretanto, em decorrência das diferenças metodológicas, e do critério diagnóstico utilizado este dado varia bastante na literatura. Pesquisadores que utilizam critérios mais complexos de diagnósticos e/ou estudos baseados em serviços apontam os danos em tecidos de sustentação como sendo mais prevalentes (44–46). Alguns estudos apontam diferenças significativas entre os sexos, sendo o sexo masculino frequentemente associado a uma maior prevalência de TD (41,47). Entretanto, no presente estudo, não houve diferença significativa entre os sexos, corroborando os achados de muitos pesquisadores (5,48–50). Portanto, o sexo parece ser uma variável controversa na associação ao TD em dentes decíduos.

Variáveis predisponentes foram associados com traumatismo em esmalte, bem como com o traumatismo em dentina e/ou polpa. Os resultados revelaram que crianças filhas de mães mais jovens foram mais propensas a sofrer traumatismo a nível dentinário e/ou pulpar, entretanto não há na literatura dado comparativo a este. Alguns estudos na área da Psicologia apontam que mães adolescentes ou adultas jovens são potencialmente menos cuidadosas com seus filhos em comparação com grupos de mães mais velhas (51). Provavelmente as mães com mais idade se sintam mais seguras em relação ao cuidado com crianças, podem já ter vivido a maternagem ou a maturidade as façam prever situações de risco, diminuindo, assim, a severidade de TD. Filhos de mães com maior escolaridade também foram mais predispostos a sofrer TD em dentina e/ou polpa que os seus homólogos. No entanto este dado parece não estar bem elucidado na literatura, visto que alguns pesquisadores não encontraram qualquer associação (31,34,52), sendo que foi reportado

associação de TD em crianças cujas mães possuíam nível educacional mais elevado (6,17,30). Portanto, esta variável, deve ser melhor explorada em pesquisas para elucidar seu papel no contexto do TD. Possuir no máximo dois filhos foi associado à proteção ao TD a nível dentinário e/ou pulpar. Em um estudo brasileiro de base populacional (52), esta variável foi coletada mas não houve associação ao TD. Analisando este dado, nos parece que o número diminuto de crianças em casa favorece o cuidado e a atenção por parte das mães, diminuindo, assim, a chance de ocorrer TD. No presente estudo, crianças oriundas de núcleos familiares de até 4 pessoas possuíam quatro vezes mais chance de sofrer TD a nível dentinário e/ou pulpar. Em dois estudos brasileiros, onde o número de habitantes na casa foi analisado, não foi encontrado qualquer associação (36,52). Logo, esta variável deve ser analisada em pesquisas futuras para melhor estabelecer possíveis associações com TD.

Crianças cujas mães exerceram atividade laboral nos seus primeiros dois anos de vida foram 3,4 vezes mais propensas a sofrer TD em esmalte em relação àquelas em que as mães não exerceram tal atividade. Esta variável não pode ser comparada, até o presente momento na literatura, visto que não foi encontrado dado comparativo. Portanto, a razão desta associação permanece desconhecida, necessitando de novos estudos para elucidá-la. Sabe-se que acidentes domésticos como quedas e colisões têm etiologia variada, sendo multicausais, entretanto um estudo brasileiro com abordagem qualitativa aponta que a presença materna propicia um ambiente mais seguro, pois esta executa medidas preventivas para injúrias não intencionais (53). Possivelmente a presença materna tenha um efeito protetor em relação à TD, sendo que sua ausência poderia predispor a criança à algum risco, mesmo esta estando assistida por outro cuidador.

Em relação às oclusopatias, neste estudo, a presença de normalidade quanto ao overjet e à mordida cruzada anterior tiveram associação de proteção ao TD em esmalte, resultado, este, encontrado em muitos estudos (44,47,54). Crianças com overjet normal apresentaram

60% menos chance de sofrer trauma em esmalte e aquelas que possuem ausência de mordida cruzada anterior apresentaram 80% menos chance de sofrer o trauma referido em comparação às crinaças com as oclusopatias referidas. O uso de chupeta foi estatisticamente significativo na amostra estudada. Portanto, as variáveis acima citadas podem ser consideradas colineares, afinal a literatura aponta que o uso de chupeta aumenta as chances de ocorrência de oclusopatias (55). Não obstante nossos achados serem corroborados pela literatura, a ausência de um padrão para identificar a presença de *overjet* acentuado dificulta a discussão de dados tanto nacionais como internacionais.

Poucos são os estudos que avançam no sentido de compreender os fatores biopsicossociais do contexto familiar e suas repercussões nas condições de saúde oral (32). Entretanto, este parece ser o primeiro estudo que explora os fatores psicológicos maternos como a depressão, a ansiedade e a representação do vínculo parental associados ao TD de crianças em idade pré-escolar. Os dados apresentados neste estudo foram obtidos através de uma amostra representativa de um serviço público de saúde brasileiro. Os resultados são importantes pois apresentam a relação do TD infantil com fatores socioeconômicos familiares, além de dados relativos à saúde psicológica dos cuidadores principais, especialmente as mães, de crianças em idade pré-escolar, altamente dependentes de cuidados. Cabe ressaltar, ainda, que estes resultados poderão ajudar os gestores locais a formular políticas públicas em saúde bucal e mental. A interdisciplinariedade na área da saúde, em especial em estudos de base populacional, permite ampliar o conhecimento para além da visão biológica da doença. Em nossas análises, contudo, não foi encontrada nenhuma associação destas variáveis psicológicas ao TD dos filhos. O desenho metodológico transversal pode ter sido uma limitação deste estudo pois não permitiu a análise dos indicadores psicológicos maternos no presente momento do traumatismo dentário de seus filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não foi elucidada nenhuma associação do TD em crianças e a saúde psicológica das mães, acreditamos que novos estudos possam ajudar a direcionar as variáveis associadas. Se faz relevante uma padronização de metodologias de estudo de TD em dentes decíduos, principalmente em estudos de base populacional. Além disso, a alta prevalência encontrada alerta para um dos principais problemas de saúde bucal infantil. Cabe ressaltar que o TD em crianças é um fator complexo, que não resulta apenas da casualidade, podendo e devendo, por conseguinte, ser prevenido. Políticas públicas e educação em saúde devem ser estabelecidos para evitar e/ou minimizar o TD em crianças de idade pré- escolar.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a Colgate-Palmolive® pela doação de escovas e dentifrícios. Reconhecemos o apoio fundamental da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e do Ministério da Educação através de suas agências, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), bem como ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O nosso apreço especial às famílias que nos receberam, contribuindo com nosso estudo.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nós, Inaiá Bonfadini, Patrícia Blaya Luz, Joanna Tatith Pereira, Monique Scapinello, Juliana Balbinot Hilgert , Fernando Neves Hugo e Fernando Borba de Araújo declaramos que não possuímos nenhum interesse financeiro, profissional e/ou pessoal de qualquer natureza que possa influenciar a posição apresentada neste manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Flores MT. Traumatic injuries in the primary dentition. *Dental Traumatology* 2002;18(6):287-298.
2. Malmgren B, Andreasen JO, Flores M T, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson, L, Cavalleri G, Cohenca N, Day P, Hicks ML, Malmgren O, Moule AJ, Onetto J. and Tsukiboshi, M. (2012), International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dental Traumatology*, 28:174–182.
3. Glendor U, Halling A, L Andersson, Eilert-Petersson E. Incidence of traumatic tooth injuries in children and adolescents in the county of Vastmanland, Sweden. *Sweden Dental Journal*. 1996; 20:15–28.
4. Bastone EB, Freer TJ, McNamara JR. Epidemiology of dental trauma: A review of the literature. *Australian Dental Journal*. 2000;45(1):2–9.
5. Altun C, Ozen B, Guven G. Etiology and type of dento-alveolar injuries in preschool children. *Journal of Internacional Dental and Medical Research*. 2010;4(2):59–63.
6. Viegas CMS, Godoi PFS, Ramos-Jorge ML, Ferreira EF, Zarzar PMPA. Traumatismo na dentição decídua: prevalência, fatores e etiologia predisponentes. *Arquivos em . Odontologia*. 2006; 42(4):316–24.
7. Robson F, Ramos-Jorge ML, Bendo CB, Vale MP, Paiva SM, Pordeus IA. Prevalence and determining factors of traumatic injuries to primary teeth in preschool children. *Dental Traumatology*. 2009;25(1):118–22.
8. Sgan-Cohen HD, Yassin H, Livny A. Dental trauma among 5th and 6th grade Arab schoolchildren in Eastern Jerusalem. *Dental Traumatology*. 2008;24(4):458–61.
9. Oliveira LB, Marcenes W, Ardenghi TM, Sheiham A, Bönecker M. Traumatic dental injuries and associated factors among Brazilian preschool children. *Dental Traumatology*. 2007; 23(2):76–81.
10. Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
11. Miller RL, Pallant JF, Negri LM. Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression? *BMC Psychiatry*. 2006;6(12).
12. Bowlby J. *Apego e perda, v.1 - a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
13. Frizzo GB, Piccinini CA. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007;20:351 –360.
14. Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefanelli U, Reinig K, Fuchs T, et al. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(6):459–68.

15. Glasheen C, Richardson GA, Fabio A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health*. 2010;13(1):61–74.
16. Teti DM, Gelfand DM. The Preschool Assessment of Attachment: Construct validity in a sample of depressed and nondepressed families. *Development and Psychopathology*. 1997;9(3):517–36.
17. Feldens CA, Kramer PF, Ferreira SH, Spiguel MH, Markezan M. Exploring factors associated with traumatic dental injuries in preschool children: a Poisson regression analysis. *Dental Traumatology*. 2010; 26 (2):143–8.
18. Ferreira SH, Béria JU, Kramer PF, Feldens EG, Feldens CA. Dental caries in 0- to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2007;17(4):289–96.
19. Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Knijnik L, Sanchez P, Ceitlin LHF. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2006;28:162–8.
20. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 1996 ;29(4):453–7.
21. Damé-Teixeira N, Alves LS, Susin C, Maltz M. Traumatic dental injury among 12-year-old South Brazilian schoolchildren: prevalence, severity, and risk indicators. *Dental Traumatology*. 2013; 29 (1): 52-58.
22. Traebert J, Almeida ICS, Garghetti C, Marcenes W. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20:403 –410.
23. Fakhruddin KS, Lawrence HP, Kenny DJ, Locker D. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children. *Dental Traumatology*. 2008;24(3):309–13.
24. Cortes MIS, Marcenes W, Sheiham A. Prevalence and correlates of traumatic injuries to the permanent teeth of school-children aged 9–14 years in Belo Horizonte, Brazil. *Dental Traumatology*. 2001; 17(1):22–6.
25. Piovesan C, Guedes RS, Casagrande L, Ardenghi TM. Socioeconomic and clinical factors associated with traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. *Brazilian Oral Research*. 2012 Sep; 26(5):464–70.
26. O'Brien M, Censuses GBO of P, Division SSS. Children's dental health in the United Kingdom 1993 .Her Majesty's Stationery Office; 1994.
27. Traebert J. Epidemiologia do traumatismo dentário. In: Antunes JL, Peres MA. (Org.). *Fundamentos de Odontologia - Epidemiologia da Saúde Bucal* .Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006

28. Pullinger A, Seligman DA. Overbite and overjet characteristics of refined diagnostic groups of temporomandibular disorder patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 1991;100(5):401–15.
29. Tümen EC, Adigüzel O, Kaya S, Uysal E, Atakul F. Incisor trauma in a Turkish preschool population: prevalence and socio-economic risk factors. *Community Dental Health*. 2011;28(4):308–12.
30. Jorge KO, Moysés SJ, E Ferreira EF, Ramos-Jorge ML, De Araújo Zarzar PMP. Prevalence and factors associated to dental trauma in infants 1–3 years of age. *Dental Traumatology*. 2009;25(2):185–9.
31. Wendt FP, Torriani DD, Assunção MCF, Romano AR, Bonow MLM, Da Costa CT, et al. Traumatic dental injuries in primary dentition: epidemiological study among preschool children in South Brazil. *Dental Traumatology*. 2010;26(2):168–73.
32. Rossi TRA, Lopes LS, Cangussu MCT. Contexto familiar e alterações oclusais em pré-escolares no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno. Infantil*. 2009 Jun;9(2):139–47.
33. Bhayya D, Tarulatha Shyagali. Traumatic injuries in the primary teeth of 4- to 6-year-old school children in Gulbarga City, India: A prevalence study. *Oral Health and Dental Management*. 2013 Mar;12(1):17–23.
34. Goettens ML, Azevedo MS, da Costa CT, Wendt FP, Schuch HS, Bonow MLM, et al. Dental Trauma Occurrence and Occlusal Characteristics in Brazilian Preschool Children. *Pediatric Dentistry*. 2012 Mar;34(1):546–9.
35. Granville-Garcia AF, De Menezes VA, De Lira PIC. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. *Dental Traumatology*. 2006;22(6):318–22.
36. Viegas CMS, Scarpelli AC, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA, Paiva SM. Predisposing factors for traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2010;11(2):59–65.
37. Sae-Lim V, Hon TH, Wing YK. Traumatic dental injuries at the Accident and Emergency Department of Singapore General Hospital. *Dental Traumatology*. 1995;11(1):32–6.
38. Granville-Garcia AF, Vieira ITA, Siqueira MPS, Menezes VA, Cavalcanti AL. Traumatic dental injuries and associated factors among brazilian preschool children aged 1-5 years. *Acta Odontológica. Latinoamericana*. 2010;23(1):47–52.
39. Hasan AA, Qudeimat MA, Andersson L. Prevalence of traumatic dental injuries in preschool children in Kuwait –a screening study. *Dental Traumatology*. 2010;26(4):346–50.
40. Sousa DL, Moreira Neto JJS, Gondim JO, Bezerra Filho JG. Prevalência de trauma dental em crianças atendidas na Universidade Federal do Ceará. *Revista Odonto Ciência*. 2008;23(4):355–9.

41. Skaare AB, Jacobsen I. Primary tooth injuries in Norwegian children (1–8 years). *Dental Traumatology*. 2005;21(6):315–9.
42. Caetano MJD, Gobbi LTB, Silveira CRA. Desenvolvimento motor de pré-escolares no intervalo de 13 meses. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. 2005;5(2):5–13.
43. Beltrão EM, Cavalcanti AL, Albuquerque SS, Duarte RC. Prevalence of dental trauma children aged 1-3 years in Joao Pessoa (Brazil). *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2007;8(3):141–3.
44. de Amorim L de FG, da Costa LRRS, Estrela C. Retrospective study of traumatic dental injuries in primary teeth in a Brazilian specialized pediatric practice. *Dental Traumatology*. 2011; 27(5):368–73.
45. Coutinho TCL, Cajazeira MRR. Retrospective study on the occurrence of primary incisor trauma in preschool children of a low-income area in Brazil. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2011;12(3):159–61.
46. Choi SC, Park JH, Pae A, Kim JR. Retrospective study on traumatic dental injuries in preschool children at Kyung Hee Dental Hospital, Seoul, South Korea. *Dental Traumatology*. 2010;26(1):70–5.
47. Norton E, O’Connell AC. Traumatic dental injuries and their association with malocclusion in the primary dentition of Irish children. *Dental Traumatology*. 2012;28(1):81–6.
48. Jorge KO, Oliveira Filho PM, Ferreira EF, Oliveira AC, Vale MP, Zarzar PM. Prevalence and association of dental injuries with socioeconomic conditions and alcohol/drug use in adolescents between 15 and 19 years of age. *Dental Traumatology*. 2012; 28(2):136–41.
49. Kargul B, Çağlar E, Tanboga I. Dental trauma in Turkish children, İstanbul. *Dental Traumatology*. 2003;19(2):72–5.
50. Souza Filho MD, Moura MS, Araújo RSMA, Araújo MAM, Moura LFA. Prevalência de traumatismo dentário em prescolares de Teresina, PI. *Arquivos em Odontologia*. 2011;47(1):18–24.
51. Rios KSA, Williams LCA, Aiello ARL. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Adolescência & Saúde*. 2007 fevereiro; 4(1):6–11.
52. De Oliveira MSB, Carneiro MC, Amorim TM, Maia VM, Alvarez AV, Vianna MIP, et al. Contexto familiar, traumatismo dentário e oclusopatias em crianças em idade pré-escolar: ocorrência e fatores associados. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2010 Mar;39(2):81–8.
53. Pereira A de S, Lira SVG, Moreira D, Barbosa IL, Vieira LJES. Determinação de fatores de risco para a queda infantil a partir do modelo calgary de avaliação familiar. *Revista Brasileira de Promoção em Saúde*. 2010;23(2):101–8.

54. Bonini GC, Bönecker M, Braga MM, Mendes FM. Combined effect of anterior malocclusion and inadequate lip coverage on dental trauma in primary teeth. *Dental Traumatology*. 2012; 28(3): 437-440.
55. Carvalho J, Vinker F, Declerck D. Malocclusion, dental injuries and dental anomalies in the primary dentition of Belgian children. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 1998;8(2):137-41.

Tabela 1: Distribuição das variáveis maternas na amostra

		Sem Trauma	Trauma esmalte	Trauma dentina/polpa	Valor de p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sintomas depressivos	Sem sintomas/ sintomas leves	66 (81,5)	38 (82,6)	28 (81,5)	0,95
	Com sintomas moderados/graves	15 (18,5)	8 (17,4)	7 (20,0)	
Sintomas de ansiedade	Sem sintomas/ sintomas leves	55 (67,1)	33 (73,3)	24 (68,6)	0,76
	Com sintomas moderados/graves	27 (32,9)	12 (26,7)	11 (31,4)	
Renda familiar (reais)	<1.800	42 (51,2)	22 (47,8)	13 (37,1)	0,37
	≥1.800	40 (48,8)	24 (52,2)	22 (62,9)	
Idade materna	<33 anos	40 (48,8)	17 (37,0)	20 (57,1)	0,18
	≥33 anos	42 (51,2)	29 (63,0)	15 (42,9)	
Número de filhos	Até 2 filhos	57 (69,5)	34 (73,9)	23 (67,5)	0,72
	3 filhos ou mais	25 (30,5)	12 (26,1)	12 (34,3)	
Número de moradores na residência	Até 4 pessoas	35 (42,75)	34 (56,5)	21 (60,0)	0,14
	5 pessoas ou mais	47 (57,3)	20 (43,5)	14 (40)	
Escolaridade materna	Até ensino médio incompleto	32 (39,0)	19 (41,3)	5 (14,3)	0,54
	Ensino médio completo	29 (35,4)	13 (28,3)	14 (40)	
	Ensino técnico/superior incompleto ou mais	21 (25,6)	14 (30,4)	16 (45,7)	
Atividade laboral materna	Trabalhou	40 (48,8)	34 (73,9)	23 (65,7)	0,15
	Não trabalhou	42 (51,1)	12 (26,1)	12 (34,3)	

Tabela.2: Distribuição das variáveis relacionadas às crianças na amostra estudada

Variável		Sem Trauma n (%)	Trauma em esmalte n (%)	Trauma em dentina e/ou polpa n (%)	Valor de p
Sexo	Feminino	47 (28,8)	24 (14,7)	18(11,0)	0,78
	Masculino	35(21,4)	22(13,4)	18(11,0)	
Selamento Labial	Adequado	72 (87,8)	40 (87,0)	31 (88,6)	0,97
	Não adequado	10 (12,2)	6 (13,0)	4 (11,4)	
Overjet	Normal	60 (73,2)	27 (58,7)	20 (58,8)	0,15
	Acentuado	22 (26,8)	19 (41,3)	14 (41,2)	
Uso de Chupeta	Utiliza	21 (25,6)	18 (39,1)	14 (40,0)	0,16
	Não utiliza	61 (74,4)	28 (60,9)	21 (60)	
Hábito de Sucção Digital	Possui	4 (4,9)	4 (8,7)	1 (2,9)	0,48
	Não possui	78 (95,1)	42 (91,3)	34 (97,1)	
Uso de Mamadeira	Utiliza	56 (68,3)	31 (67,4)	25 (71,4)	0,92
	Não utiliza	26 (31,7)	15 (32,6)	10 (28,6)	
Mordida Cruzada Anterior	Ausente	79 (96,3)	39 (84,8)	33 (94,3)	0,51
	Presente	3 (3,7)	7 (15,2)	2 (5,7)	
Mordida Cruzada Posterior	Ausente	70 (85,4)	37 (80,4)	33 (94,3)	0,20
	Presente	12 (14,6)	9 (19,6)	2 (5,7)	

Tabela.3: Odds ratio ajustado (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) das variáveis associadas ao trauma dentário

		Trauma somente em esmalte	Trauma em dentina/polpa
Idade materna	Mães com menos de 33 anos	NS	2,73 (1,06-7,00) p=0,037
	Mães \geq 33 anos	1	1
Número de filhos	Até 2 filhos	NS	0,14 (0,03-0,57) p= 0,006
	3 filhos ou mais	1	1
Número de pessoas na casa	Até 4 pessoas	NS	4,22 (1,21-14,65) p=0,02
	5 pessoas ou mais	1	1
Escolaridade materna	Até ensino médio incompleto	NS	0,10 (0,26-0,44) p<0,001
	Ensino médio completo	NS	NS
	Ensino técnico, superior completo ou mais	1	1
Atividade laboral materna nos dois primeiros anos de vida da criança	Trabalhou	3,40 (1,43-8,05) p<0,01	NS
	Não Trabalhou	1	1
Overjet	Normal	0,40 (0,17-0,95) p=0,04	NS
	Acentuado	1	1
Mordida Cruzada Anterior	Ausente	0,2 (0,05-0,89) p=0,03	NS
	Presente	1	1

Referência: sem trauma

NS: não significante

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos que avaliam fatores associados ao traumatismo dentário na dentição decídua têm sido cada vez mais frequentes, visto a necessidade contemporânea de se conhecer melhor as variáveis predisponentes que envolvem este agravo. Da mesma forma, poucos estudos identificaram que questões socioeconômicas também estão associadas ao TD em pré-escolares. Variáveis psicológicas são muito pouco utilizadas em estudos epidemiológicos na Odontologia. Muitos estudos identificam a prevalência e os fatores de risco do TD baseado em amostras obtidas a partir do uso de serviços. No entanto, cabe ressaltar, que estudos populacionais, embora tenham custos elevados e demandem mais tempo, descrevem com melhor qualidade o contexto que envolve o TD. Ainda no que tange a metodologia, fica claro a necessidade de padronização de um desenho de estudo.

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de descrever prevalência e a etiologia, bem como a associação de fatores psicológicos e socioeconômicos maternos do TD em pré-escolares. Foi possível observar uma alta prevalência de TD na amostra estudada. Fatores socioeconômicos maternos como idade, atividade laboral nos primeiros dois anos de vida da criança, número de habitantes na casa, e número de filhos estiveram associados ao TD na amostra selecionada.

Os resultados deste estudo alertam para um grave problema de saúde pública. Neste sentido, a prevenção deste agravo deve ser incentivada. Novos estudos que avaliem as condições psicológicas maternas, bem como o contexto familiar e suas possíveis associações no TD de pré-escolares se faz necessário.

REFERÊNCIAS

- AL-MAJED, I.; MURRAY, J.J.; MAGUIRE, A. Prevalence of dental trauma in 5–6- and 12–14-year-old boys in Riyadh, Saudi Arabia. **Dental Traumatology**. 2001; 17(4):153–8.
- ALONGE, O.K.; NARENDRAN, S.; WILLIAMSON, D.D. Prevalence of fractured incisal teeth among children in Harris County, Texas. **Dental Traumatology**. 2001;17(5):214–7.
- ALTUN, C.; OZEN, B.; GUVEN, G. Etiology and type of dento-alveolar injuries in preschool children. **Journal Internacional of Dental and Medical Research**. 2010;4(2):59–63.
- ANDREASEN, F.M.; ANDREASEN, J.O. **Texto e atlas colorido de traumatismo dental**. 3ed. Porto Alegre: ARTMED; 2001.
- ASSUNÇÃO, L.R.S, CUNHA, R.F, FERELLE, A. Análise dos traumatismos e suas sequelas na dentição decídua; uma revisão de literatura. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. 2007;7(2):173–9.
- BASTONE, E.B.; FREER, T.J.; MCNAMARA, J.R. Epidemiology of dental trauma: A review of the literature. **Australian Dental Journal**. 2000;45(1):2–9.
- BELTRÃO, E.M.; CAVALCANTI, A.L.; ALBUQUERQUE, S.S.; DUARTE, R.C. Prevalence of dental trauma children aged 1-3 years in Joao Pessoa (Brazil). **European Archives of Paediatrics Dentistry**. 2007;8(3):141–3.
- BHAYYA, D.; TARULATHA, S. Traumatic Injuries in the Primary Teeth of 4- to 6-Year-Old School Children in Gulbarga City, India. A Prevalence Study. **Oral Health and Dental Management**. 2013 Mar;12(1):17–23.
- BONINI, G.A. DE V.C.; MARCENES, W.; OLIVEIRA, L.B.; SHEIHAM, A., BÖNECKER, M. Trends in the prevalence of traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. **Dental Traumatology**. 2009;25(6):594–8.
- BONINI, G.C.; BÖNECKER, M.; BRAGA, M.M.; MENDES, F.M. Combined effect of anterior malocclusion and inadequate lip coverage on dental trauma in primary teeth. **Dental Traumatology**. 2012; 28(6):437-40
- BORSSÉN, E.; HOLM, A.K. Traumatic dental injuries in a cohort of 16-year-olds in northern Sweden. **Dental Traumatology**. 1997;13(6):276–80.
- BOWLBY J. Apego e perda, v.1 - a natureza do vínculo. Martins Fontes; 2002.
- BRITTON, J.R. Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: Prevalence and correlates. **Acta Paediatrica**. 2005;94(12):1771–6.
- CAETANO, M.J.D.; GOBBI, L.T.B.; SILVEIRA, C.R.A. Desenvolvimento motor de pré-escolares no intervalo de 13 meses. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. 2005;5(2):5–13.

CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, C.S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, É.; ET AL. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2006;33:92–102.

CARDOSO, M.; DE CARVALHO ROCHA, M.J. Traumatized Primary Teeth in Children Assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. **Dental Traumatology**. 2002;18(3):129–33.

CARVALHO, J.; VINKER, F.; DECLERCK, D. Malocclusion, dental injuries and dental anomalies in the primary dentition of Belgian children. **International Journal of Paediatric Dentistry**. 1998;8(2):137–41.

CHAAYA, M.; CAMPBELL, O.M.R.; EL KAK, F.; SHAAR, D.; HARB, H.; KADDOUR, A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. **Archives of Women's Mental Health**. 2002;5(2):65–72.

CHOI, S.C, PARK, J.H, PAE, A, KIM, J.R. Retrospective study on traumatic dental injuries in preschool children at Kyung Hee Dental Hospital, Seoul, South Korea. **Dental Traumatology**. 2010;26(1):70–5.

CORREIA, L.L.; LINHARES, M.B.M. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2007;15:677 – 683.

CORTES, M.I.S.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Prevalence and correlates of traumatic injuries to the permanent teeth of school-children aged 9–14 years in Belo Horizonte, Brazil. **Dental Traumatology**. 2001;17(1):22–6.

COUTINHO, T.C.L.; CAJAZEIRA M.R.R.. Retrospective study on the occurrence of primary incisor trauma in preschool children of a low-income area in Brazil. **European Journal of Paediatric Dentistry**. 2011;12(3):159–61.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2005;27(4):181–8.

CUMMINGS, M. E., DAVIES, P. T. Maternal depression and child development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 1994, 35, 73-112.

CUNHA, R.F.; PUGLIESI, D.M.C.; DE MELLO VIEIRA, A.E. Oral trauma in Brazilian patients aged 0–3 years. **Dental Traumatology**. 2001;17(5):206–8.

DAMÉ-TEIXEIRA, N.; ALVES, L.S.; SUSIN, C., MALTZ, M. Traumatic dental injury among 12-year-old South Brazilian schoolchildren: prevalence, severity, and risk indicators. **Dental Traumatology**. 2013;29(1): 53-59

DE AMORIM, L. DE F.G.; DA COSTA, L.R.R.S.; ESTRELA, C. Retrospective study of traumatic dental injuries in primary teeth in a Brazilian specialized pediatric practice. **Dental Traumatology**. 2011;27(5):368–73.

DE FRANÇA CALDAS, A.; BURGOS, M.E.A. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. **Dental Traumatology**. 2001;17(6):250–3.

DIETZ, P.M.; WILLIAMS, S.B.; CALLAGHAN, W.M.; BACHMAN, D.J.; HORNBROOK, M.C. Clinically Identified Maternal Depression Before, During, and After Pregnancies Ending in Live Births. **American Journal of Psychiatry**. 2007;164(10):1515–20.

DUARTE, D.A., BONECKER, M.J.S., DE SANT'ANNA, G.R., SUGA, S.S. **Caderno e odontopediatria: lesões traumáticas em dentes decíduos- tratamento e controle**. São Paulo: Santos; 2001.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2006;28(3):171–8.

FELDENS, C.A.; KRAMER, P.F.; FERREIRA, S.H.; SPIGUEL, M.H.; MARQUEZAN, M. Exploring factors associated with traumatic dental injuries in preschool children: a Poisson regression analysis. **Dental Traumatology**. 2010;26(2):143–8.

FELICIANO, K.M.P.C.; CALDAS, A. DE F. A systematic review of the diagnostic classifications of traumatic dental injuries. **Dental Traumatology**. 2006;22(2):71–6.

FERREIRA, J.M.S.; FERNANDES DE ANDRADE, E.M.; KATZ, C.R.T, ROSENBLATT, A. Prevalence of dental trauma in deciduous teeth of Brazilian children. **Dental Traumatology**. 2009;25(2):219–23.

FIELD, T. Infants of depressed mothers. **Development and Psychopathology**. 1992;4(1):49–66.

FONSECA JR, V.R.M.; SILVA, G.A DA, OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de Saúde Pública**. 2010;26(4):738 – 746.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**. 2005;10:47 –55.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2007;20:351 –360.

GOETTENS, M.L.; AZEVEDO, M.S.; COSTA, C.T. DA; WENDT, F.P.; SCHUCH, H.S.; BONOW, M.L.M.; et al. Dental Trauma Occurrence and Occlusal Characteristics in Brazilian Preschool Children. **Pediatric Dentistry**. 2012 Mar;34(1):546–9.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE FILHO, A.H.G.V.; TUNG, T.C.; ARTES, R. Psychometric properties of the Portuguese version of the beck depression inventory on Brazilian college students. **Journal of Clinical. Psychology**. 1999;55(5):553–62.

GOVINDAJARAN, M.; REDDY, V.; RAMALINGAN, K.; DURAI, K.S.; ARUM, P.; PRABHU, A. Prevalence of traumatic dental injuries to the anterior teeth among three to

thirteen-year-old school children of Tamilnadu. **Contemporary Clinical Dentistry**. 2012 Jun;3(2):164–7.

GRANVILLE-GARCIA, A.F, MENEZES, V.A.; LIRA, PIC. Prevalência e fatores sociodemográficos associados ao traumatismo dentário em pré-escolares. **Odontologia. Clínico-Científica**. 2006;5(1):57–64.

GRANVILLE-GARCIA, A.F.; DE MENEZES, V.A.; DE LIRA, P.I.C. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. **Dental Traumatology**. 2006;22(6):318–22.

GRANVILLE-GARCIA, A.F.; VIEIRA, I.T.A.; SIQUEIRA, M.P.S.; MENEZES, V.A.; CAVALCANTI, A.L. Traumatic dental injuries and associated factors among brazilian preschool children aged 1-5 years. **Acta Odontológica Latinoamericana**. 2010;23(1):47–52.

GUIDOLIN, B.L.; CÉLIA, S.A.H. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 2011;33(2):80 –86.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A.C.M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**. 2004;80:104 –110.

HARGREAVES, J.A.; CLEATON-JONES, P.E.; ROBERTS, G.J.; WILLIAMS, S.; MATEJKA, J.M. Trauma to primary teeth of South African pre-school children. **Dental Traumatology**. 1999;15(2):73–6.

HASAN, A.A.; QUDEIMA, T.M.A.; ANDERSSON, L. Prevalence of traumatic dental injuries in preschool children in Kuwait – a screening study. **Dental Traumatology**. 2010;26(4):346–50.

HAUCK, S.; SCHESTATSKY, S.; TERRA, L.; KNIJNIK, L.; SANCHEZ, P.; CEITLIN, L.H.F. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 2006;28:162–8.

JACOBSEN, I.; ANDREASEN, J.O. Traumatic Injuries: examination, diagnosis and immediate care. In: Koch, G.; Poulsen, S.(Org.). **Pediatric Dentistry: A Clinical Approach**. 2ed. Pousen: John Wiley & Sons; 2009.p.264-283

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. 5ed. Artes e ofícios; 2005.

JORGE, K.O.; MOYSÉS, S.J.; FERREIRA, E.F.; RAMOS-JORGE, M.L.; DE ARAÚJO ZARZAR, P.M.P. Prevalence and factors associated to dental trauma in infants 1–3 years of age. **Dental Traumatology**. 2009;25(2):185–9.

JORGE, K.O.; OLIVEIRA FILHO, P.M.; FERREIRA, E.F.; OLIVEIRA, A.C.; VALE, M.P.; ZARZAR P.M. Prevalence and association of dental injuries with socioeconomic conditions and alcohol/drug use in adolescents between 15 and 19 years of age. **Dental Traumatology**. 2012;28(2):136–41.

JOSEFSSON, A.; SYDSJÖ, G. The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. **Nordic Journal of Psychiatry**. 2011;65(6):414–8.

KARGUL, B.; ÇAĞLAR, E.; TANBOGA, I. Dental trauma in Turkish children, Istanbul. **Dental Traumatology**. 2003;19(2):72–5.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H.; KLAUS, P.H.; HOFMEISTER, M.R. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artmed; 2000.

KRAMER, P.F.; ZEMBRUSKI, C.; FERREIRA, S.H.; FELDENS, C.A. Traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. **Dental Traumatology**. 2003;19(6):299–303.

KRAMER, P.F.; FELDENS, C.A. **Traumatismos na dentição decídua- prevenção, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Santos; 2005.

KRAMER, P.F.; GOMES, C.S.; FERREIRA, S.H.; FELDENS, C.A.; VIANA, E.S.. Traumatismo na Dentição Decídua e Fatores Associados em Pré-Escolares do Município de Canela/RS. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**. 2009;9(1):95–100.

MAZET, P.; STOLERU, S. **Manual de psicopatologia do recém-nascido**. Artes Médicas; 1990.

MILLER, R.L.; PALLANT, J.F.; NEGRI, L.M. Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression? **BMC Psychiatry**. 2006;6(12).

MORAES, I.G. DA S.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUSA, P.L.R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. 2006;40(1):65 –70.

MUNEER, A.; MINHAS, F.; TAMIZ-UD-DIN, A.; NIZAMI, A.; MUJEEB, F.; USMANI, A. Frequency and associated factors for postnatal depression. **Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan**. 2009 Apr;19(4):236–9.

MURRAY, L., STANLEY, C., HOOPER, R., KING, F., & FIORI-COWLEY, A. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. **Developmental Medicine and Children Neurology**. 1996, 38, 109-119.

NORTON, E.; O’CONNELL, A.C. Traumatic dental injuries and their association with malocclusion in the primary dentition of Irish children. **Dental Traumatology**. 2012;28(1):81–6.

O’BRIEN, M. Censuses GBO of P, Division SSS. Children’s dental health in the United Kingdom 1993 . **Her Majesty's Stationery Office**; 1994.

OLIVEIRA, L.B.; MARCENES, W; ARDENGHI, T.M.; SHEIHAM, A.; BÖNECKER, M. Traumatic dental injuries and associated factors among Brazilian preschool children. **Dental Traumatology**. 2007;23(2):76–81.

OLIVEIRA, M.S.B. DE.; CARNEIRO, M.C.; AMORIM, T.M.; MAIA, V.M.; ALVAREZ, A.V.; VIANNA, M.I.P, et al. Contexto familiar, traumatismo dentário e oclusopatias em crianças em idade pré-escolar: ocorrência e fatores associados. **Revista de Odontologia da UNESP**. 2010 Mar;39(2):81–8.

PADOVANI, F.H.P.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; DUARTE, G.; MARTINEZ, F.E. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2004;26(4):251–4.

PEREIRA, A. DE S.; LIRA, S.V.G.; MOREIRA, D.; BARBOSA, I.L.; VIEIRA, L.J.E.S. Determinação de fatores de risco para a queda infantil a partir do modelo calgary de avaliação familiar. **Revista Brasileira de Promoção em Saúde**. 2010 Jun;23(2):101–8.

PINTO, I.D.; PADOVANI, F.H.P.; LINHARES, M.B.M. Ansiedade e Depressão Materna e Relatos sobre o Bebê Prematuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2009;25(1):75–83.

PIOVESAN, C.; GUEDES, R.S.; CASAGRANDE, L.; ARDENGHI, T.M. Socioeconomic and clinical factors associated with traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. **Brazilian Oral Research**. 2012 Sep;26(5):464–70.

PULLINGER, A.; SELIGMAN, D.A. Overbite and overjet characteristics of refined diagnostic groups of temporomandibular disorder patients. **American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics**. 1991;100(5):401–15.

RAPHAEL-LEFF, R. Pregnancy—Procreative Process, The “Placental Paradigm” And Perinatal Therapy. **Journal of The American Psychoanalytic Association**. 1996;44(S):373–9.

RECK, C.; STRUBEN, K.; BACKENSTRASS, M.; STEFENELLI, U.; REINIG, K.; FUCHS, T.; ET AL. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 2008;118(6):459–68.

RIOS, K. DE S.A.; WILLIAMS, L.C.A.; AIELLO, A.R.L. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. **Adolescência & Saúde**. 2007 fevereiro de;4(1):6–11.

ROBSON, F.; RAMOS-JORGE, M.L.; BENDO, C.B.; VALE, M.P.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A. Prevalence and determining factors of traumatic injuries to primary teeth in preschool children. **Dental Traumatology**. 2009;25(1):118–22.

RODRÍGUEZ, J.G. Traumatic anterior dental injuries in Cuban preschool children. **Dental Traumatology**. 2007;23(4):241–2.

ROSSI, T.R.A.; LOPES, L.S.; CANGUSSU, M.C.T. Contexto familiar e alterações oclusais em pré-escolares no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil** 2009 Jun;9(2):139–47.

RUSCHI, G.E.C.; SUN, S.Y.; MATTAR, R.; CHABÔ FILHO, A.; ZANDONADE, E.; LIMA, J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 2007;29(3):274–80.

SAE-LIM, V.; HON, T.H.; WING, Y.K. Traumatic dental injuries at the Accident and Emergency Department of Singapore General Hospital. **Dental Traumatology**. 1995;11(1):32–6.

SCHREIER, A.; WITTCHEN, H.U.; HOFER, M.; LIEB, R. Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. **The British Journal of Psychiatry**. 2008;192:308–9.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**. 2003;8(3):403–11.

SEGURA, J.J.; POYATO, M. Tooth crown fractures in 3-year-old Andalusian children. **Journal of Dental Child**. 2003;70(1):55–7.

SEINER, S. H., GELFAND, D. M. Effects of mother's simulated withdrawal and depressed affect on mother-toddler interactions. **Child Development**. 1995, 66, 1519-1528.

SGAN-COHEN, H.D.; YASSIN, H.; LIVNY, A. Dental trauma among 5th and 6th grade Arab schoolchildren in Eastern Jerusalem. **Dental Traumatology**. 2008;24(4):458–61.

SHEKHAR, G.; MOHAN, N.. Traumatic dental injuries to primary incisors and the terminal or occlusal plane relationship in Indian preschool children. **Community Dental Health**. 2011;28(1):104–6.

SKAARE, A.B.; JACOBSEN, I. Primary tooth injuries in Norwegian children (1–8 years). **Dental Traumatology**. 2005;21(6):315–9.

SKAPETIS, T.; GERZINA, T.; HU, W. Review article: Management of dental emergencies by medical practitioners: Recommendations for Australian education and training. **Emergency Medicine Australia**. 2011;23(2):142–52.

SOUZA FILHO, M.D.; MOURA, M.S. DE, ARAÚJO, R.S.R.M.; ARAÚJO, R.S.M.; ARAÚJO, M.A.M.; MOURA, L.F.A.D. Prevalência de traumatismo dentário em escolares de Teresina, PI. **Arquivos em Odontologia**. 2011;47(1):18–24.

TETI, D.M.; GELFAND, D.M. The Preschool Assessment of Attachment: Construct validity in a sample of depressed and nondepressed families. **Development and Psychopathology**. 1997;9(3):517–36.

TRAEBERT, J. Traumatismo Dentário. In: ANTUNES J.L.F., PERES, M.A.(Org.). **Epidemiologia da saúde bucal**. São Paulo: Guanabara, 2006.

WENDT, F.P.; TORRIANI, D.D.; ASSUNÇÃO, M.C.F.; ROMANO, A.R.; BONOW, M.L.M.; DA COSTA, C.T, et al. Traumatic dental injuries in primary dentition: epidemiological study among preschool children in South Brazil. **Dental Traumatology**. 2010;26(2):168–73.

TRAEBERT, J.; MARCON, K.B.; LACERDA, J.T. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em escolares do município de Palhoça (SC). **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010;15:1849–1855.

TÜMEN, E.C.; ADIGÜZE, O.; KAYA, S.; UYSA, L.E.; ATAKUL, F. Incisor trauma in a Turkish preschool population: prevalence and socio-economic risk factors. **Community Dental Health**. 2011;28(4):308–12.

WINNICOTT, D.W. **Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago; 2000.

World Health Organization. **Application of the international classification of diseases to dentistry and stomatology: ICD-DA**. World Health Organization; 1995.

VIEGAS, C.M.S.; GODOI, P.F.S.; RAMOS-JORGE, M.L.; FERREIRA, E.F.; ZARZAR, P.M.P.A. Traumatismo na dentição decídua: prevalência, fatores e etiologia predisponentes. **Arquivos em Odontologia**. 2006;42(4):316–24.

VIEGAS, C.M.S.; SCARPELLI, A.C.; CARVALHO, A.C.; FERREIRA, F.M.; PORDEUS, I.A.; PAIVA, S.M. Predisposing factors for traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. **European Journal of Paediatric Dentistry**. 2010;11(2):59–65.

ZELKOWITZ, P.; PAPAGEORGIOU, A. Maternal anxiety: An emerging prognostic factor in neonatology. **Acta Paediatrica**. 2005;94(12):1704–5.

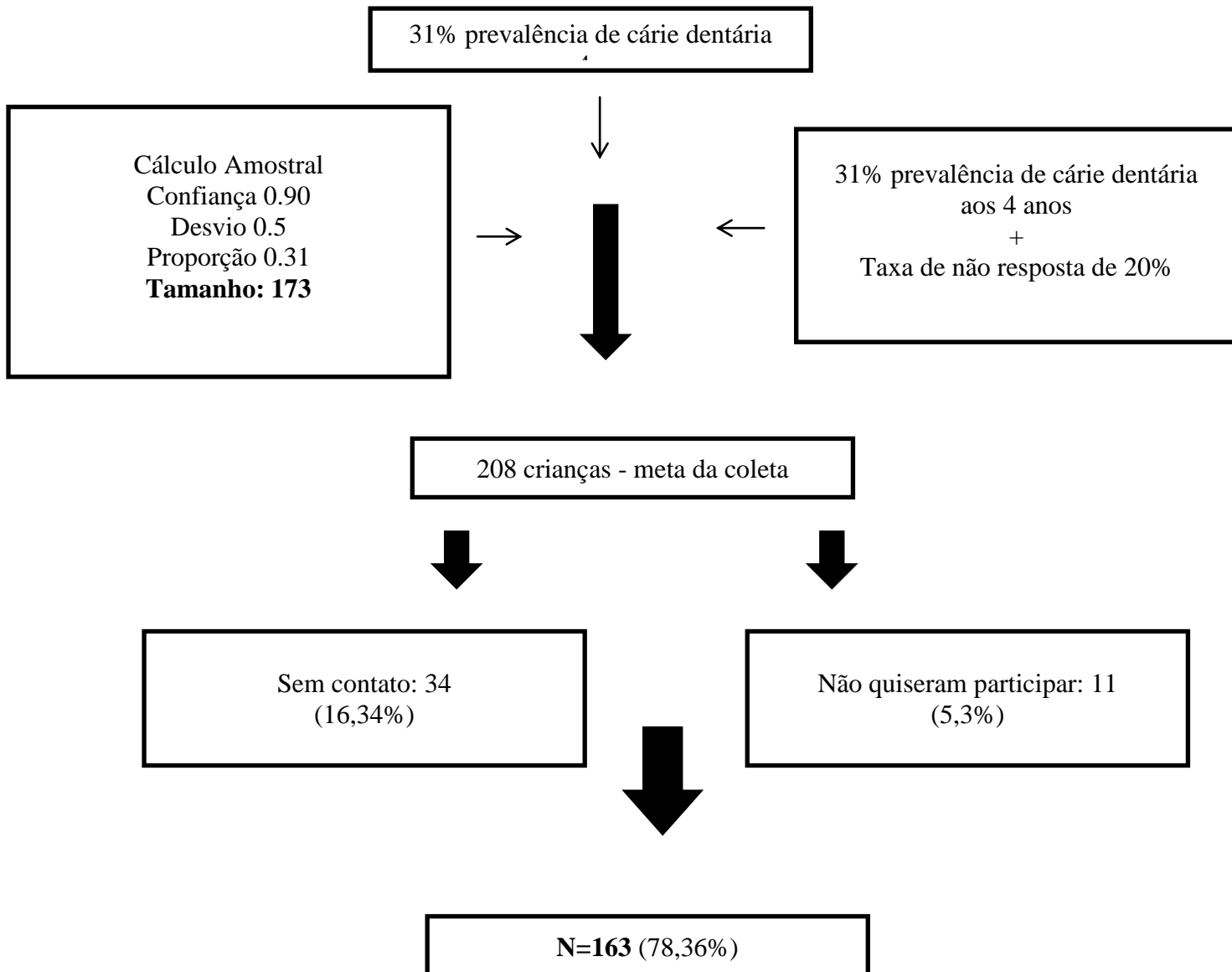


Figura 1. Fluxograma da amostra

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, na condição de pai/mãe ou representante legal de (nome da criança)

_____ está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho epidemiológico do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada:

“AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE REPRESENTAÇÃO DE VÍNCULO PARENTAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE MATERNA E CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA”, que tem como objetivo principal avaliar se a depressão e ansiedade maternas estão associadas às práticas de cuidado e à ocorrência de cáries em bebês. O tema escolhido se justifica pela acentuada prevalência de cárie nessa faixa etária (até 5 anos).

O trabalho está sendo realizado pela doutoranda Patrícia Blaya Luz e pelas mestrandas Joanna Pereira e Inaiá Bonfadini sob a supervisão e orientação do Prof. Dr. Fernando Borba de Araujo.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, com duração aproximada de 20 minutos, sobre dados sócio-demográficos e aspectos relacionados a conhecimentos, atitudes e práticas de saúde bucal; será aplicado um questionário sobre sintomas depressivos e de ansiedade e ainda um questionário sobre qualidade de vida relacionada a saúde bucal do bebê. Além disso, a mãe e o bebê terão seus dentes limpos com escova e fio para que se possa realizar exame odontológico para detecção de cárie. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

EU _____, (mãe ou representante legal) da criança acima descrita, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e autorizo a minha participação, bem como, a participação do(a) mesma(o) na pesquisa.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que a minha participação e a participação da criança é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a criança.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Patrícia Luz, telefone 3308-5027, email: patriciablalayaluz@gmail.com e endereço: rua Ramiro Barcelos 5092 – Porto Alegre.
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 201__.

Assinatura do entrevistado _____

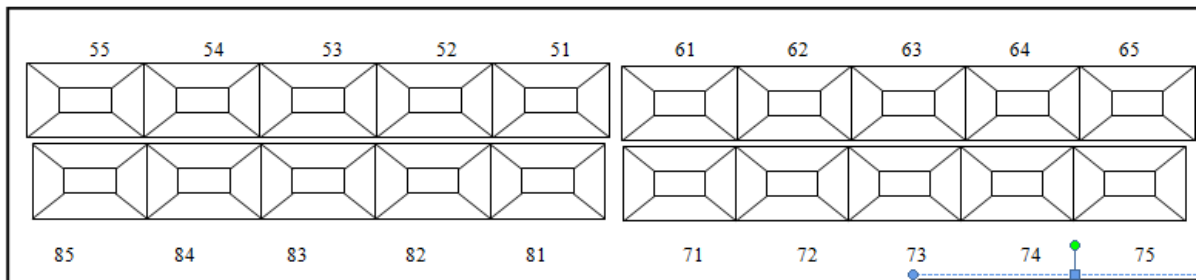
Assinatura da pesquisador (a) _____

APÊNDICE 2- FICHA CLÍNICA

ODONTOGRAMA – CRIANÇA

Identificação

Nome da criança _____ Nome da mãe _____

**Mal-oclusão:**

Mordida aberta anterior :

Ausente (1)

Presente : (2)

Mordida Cruzada Anterior:

Ausente: (1)

Presente (2)

SELAMENTO LABIAL: (1) adequado
(2) não adequado

OVERJET: (1) normal

(2) acentuado (maior q 3 mm)

Mordida Cruzada Posterior

(1) ausente

(2) presente

TRAUMATISMO:

51: 71:

52: 72:

53: 73:

61: 81:

62: 82:

63: 83:

Local do traumatismo:

(1) Não sofreu

(2) Casa

(3) Via pública/parque/pracinha

(4) Escola

(5) Outro:

Etiologia do traumatismo:

(1) queda da própria altura

(2) Acidente automobilístico

(3) queda com bicicleta/patins/skate

(4) Maus tratos

(5) outro:

(99) não se aplica

Hábitos Deletérios

(1) Não possui

(2) Uso de Chupeta

(3) Uso de mamadeira

(4) Sucção do dedo

APÊNDICE 3- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Identificação

Nome da mãe _____

Parentesco: _____

Data de Nascimento da mãe:

____/____/____

Idade _____

Dados da criança

Nome _____

Endereço _____

Telefones _____

Sexo: 1 masculino () 2 feminino ()

Data de nascimento: ____/____/____

Idade ____ anos ____ meses

I- Você está:

- (1) solteira
- (2) casado/morando junto
- (3) divorciado/separado
- (4) viúvo

II- Você é alfabetizada

- (1) sim
- (2) não

III- Você estudou até:

- (1) nunca estudou
- (2) 1-4 série
- (3) 5-8 série
- (4) 2º grau incompleto
- (5) 2º grau completo
- (6) técnico incompleto
- (7) técnico completo
- (8) superior incompleto
- (9) superior completo

IV- No mês passado, quantos salários receberam juntas todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?

R\$ _____

V- Você considera esta renda suficiente para suprir as necessidades de família?

- (1) sim
- (2) não

VI- Este é seu primeiro filho?

- (1) sim
- (2) não

VII- Quantos filhos você tem?

VIII- Quantas pessoas moram na sua casa?

IX- Você trabalhou durante os primeiros 2 anos de vida do seu filho?

(1) sim

(2) não

IX- Qual a carga horária de trabalho nesses 2 anos?

(1) até 30 horas semanais

(2) mais de 30 horas semanais

(3) não se aplica

ANEXO 1. PARENTAL BONDING INDEX (PBI)

PARENTAL BONDING INDEX

Identificação

Nome da mãe

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua MÃE/PAI até os seus 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

1. Falava comigo com voz meiga e amigável.

- (1) muito parecido
- (2) moderadamente parecido
- (3) moderadamente diferente
- (4) muito diferente

2. Não me ajudava tanto quanto eu precisava.

- (1) muito parecido
- (2) moderadamente parecido
- (3) moderadamente diferente
- (4) muito diferente

3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer.

- (1) muito parecido
- (2) moderadamente parecido
- (3) moderadamente diferente
- (4) muito diferente

4. Parecia emocionalmente frio(a) comigo.

- (1) muito parecido
- (2) moderadamente parecido
- (3) moderadamente diferente
- (4) muito diferente

5. Parecia compreender meus problemas e preocupações.

- (1) muito parecido
- (2) moderadamente parecido
- (3) moderadamente diferente
- (4) muito diferente

6. Era carinhoso(a) comigo.

- (1) muito parecido
- (2) moderadamente parecido
- (3) moderadamente diferente
- (4) muito diferente

7. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões.

- (1) muito parecido
- (2) moderadamente parecido
- (3) moderadamente diferente
- (4) muito diferente

8. Não queria que eu crescesse.

- (1) muito parecido
- (2) moderadamente parecido
- (3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

9. Tentava controlar todas as coisas que eu fazia.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

10. Invadia minha privacidade.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

11. Gostava de conversar sobre as coisas comigo.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

12. Frequentemente sorria para mim.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

13. Tendia a me tratar como bebê.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

14. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

15. Deixava que eu decidisse coisas por mim.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

16. Fazia com que eu sentisse que não era querida.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

17. Podia fazer eu me sentir melhor quando estava chateada.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

18. Não conversava comigo.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

19. Tentava me fazer dependente dele(a).

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

20. Ele(a) sentia que eu não conseguiria cuida de mim mesma a menos que ele(a) estivesse por perto.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

21. Dava tanta liberdade quanto eu queria.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

22. Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

23. Era superprotetor(a) comigo.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

24. Não me elogiava.

(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

25. Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse

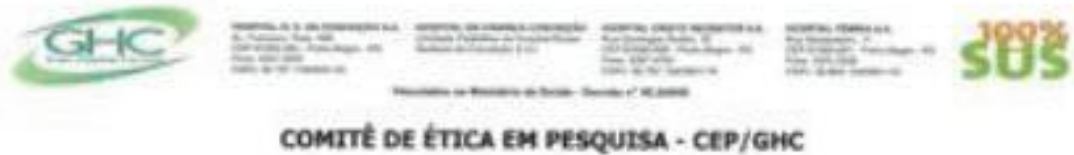
(1) muito parecido

(2) moderadamente parecido

(3) moderadamente diferente

(4) muito diferente

ANEXO 2- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 09 de novembro de 2011, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 11-196

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

GIANA FREZZO
PATRÍCIA BLANK LUZ
JOYANA PEREIRA
MONIQUE SCAPINELLO
FERNANDO BORSA DE ARAÚJO

Título: AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE REPRESENTAÇÃO DE VÍNCULO PARENTAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE MATERNA E CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA.

Documentação: Aprovados
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**.

Considerações Finais:

- Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC.
- Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados para este CEP.
- Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.
- Entregue cópia deste documento ao Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa.


Deysele Dornélio Frazzato da Silva
Coordenador-geral do CEP/GHC

Porto Alegre, 10 de novembro de 2011.