

Ansiedade materna odontológica e experiência de cárie dentária em crianças de 7 a 13 anos de idade: um estudo transversal

Maternal dental anxiety and dental caries experience in children aged 7 to 13 years: a cross-sectional study

Natália Baschiroto Custódio*

Caroline Hoppe Kruger**

Gabriel Robe**

Luiza Sokolovsky Napoleão**

Marília Leão Goettems***

Mariana Gonzalez Cademartori****

Resumo

Objetivo: o objetivo deste estudo foi investigar se a ansiedade materna odontológica está associada à experiência de cárie dentária da criança. Métodos: este estudo transversal foi realizado com crianças entre 7 a 13 anos de idade. A coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário às mães e exame clínico nas crianças. A ansiedade odontológica materna foi avaliada pela *Modified Dental Anxiety Scale*. A experiência de cárie dentária foi avaliada por meio do índice CPO-D/CEO-D. A análise multivariada, bruta e ajustada, foi realizada pelo teste de Regressão de Poisson com variância robusta para testar o efeito das variáveis independentes no desfecho (Razão de Prevalência, Intervalo de Confiança de 95%). Um nível de significância de 5% foi adotado. Resultados: participaram 85 díades mãe/criança. Em torno de 32% das mães apresentaram moderado/alto grau de ansiedade odontológica. A experiência de cárie foi associada à idade da criança ($p = 0,001$), à percepção materna da saúde bucal da criança ($p = 0,017$) e à ansiedade materna odontológica ($p = 0,001$). Após os ajustes, a ansiedade materna odontológica permaneceu associada à experiência de cárie da criança. Crianças filhas de mães ansiosas apresentaram 23% maior prevalência de experiência de cárie dentária quando comparadas aquelas crianças filhas de mães não ansiosas. Conclusão: em crianças de 7 a 13 anos de idade, a ansiedade materna odontológica foi associada à experiência de cárie da criança.

Palavras-chave: Ansiedade ao tratamento odontológico. Cárie dentária. Criança.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v25i2.9036>

* Cirurgiã-dentista, mestranda em Odontopediatria, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

** Estudante de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

*** Doutora em Odontopediatria, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

Introdução

A cárie dentária ainda é um problema de saúde pública mundial, estando entre as dez condições mais prevalentes em crianças¹. No Brasil, em torno de 53,4% e 56,5% das crianças aos 5 e aos 12 anos de idade, respectivamente, apresentam pelo menos um dente afetado pela cárie dentária².

Ao longo dos anos, os estudos têm consolidado o papel das características socioeconômicas como fortes preditores da condição de saúde bucal. Menor condição econômica e baixo nível de escolaridade das mães determinam uma maior ocorrência da cárie dentária nas crianças³.

Aliado ao componente contextual e biológico, a questão comportamental deve ser enfatizada nesta questão. O comportamento da criança em relação à sua saúde bucal é fortemente influenciado pelo padrão comportamental dos pais, via de repetição⁴⁻⁷.

Crianças cujas mães possuem uma percepção negativa da saúde bucal^{8,9} e, mesmo aquelas que relatam nunca ter examinado a boca de seus filhos⁹, apresentam uma maior prevalência de cárie dentária. Portanto, a falta de cuidados relacionados à saúde bucal pode ser desencadeada por diversos outros motivos além do fator socioeconômico. A ansiedade materna odontológica tem sido associada a piores comportamentos em saúde bucal, como menor frequência nos hábitos de higiene bucal e de uso de serviços odontológicos da mãe⁷ e da criança¹⁰. Diante disso, o objetivo deste estudo foi investigar se a ansiedade materna odontológica está associada à experiência de cárie dentária da criança.

Materiais e métodos

Este estudo transversal adotou uma amostra de conveniência, com crianças atendidas na Unidade de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO/UFPel), no período de outubro de 2017 a outubro de 2018. As crianças que buscaram o atendimento na Clínica de Odontopediatria da UFPel são provenientes de livre demanda, encaminhadas de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município

de Pelotas ou por outros profissionais de saúde da rede privada.

Foram incluídas no estudo crianças com idades entre 7 e 13 anos, que estavam acompanhadas de suas mães, e que não possuíam diagnóstico de transtorno neuropsiquiátrico, comorbidade com doença mental ou alterações físicas na saúde geral. Como critério de seleção, apenas crianças que estavam na primeira consulta foram randomicamente convidadas para participarem, conforme a ordem de chegada na clínica, até alcançar o número estimado para compor a amostra. Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, na qual o desfecho primário foi comportamento infantil. O tamanho amostral foi calculado assumindo uma prevalência estimada de problemas de manejo de comportamento de 29,7%¹¹, um poder de 80% com uma margem de erro de 5%, e um intervalo de confiança de 95%. Para cobrir perdas e recusas, a amostra foi aumentada em 10% para 98 díades.

A coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário às mães e de exame clínico nas crianças. O questionário, aplicado por duas estudantes de graduação previamente treinadas, continha perguntas sobre as características demográficas, socioeconômicas e psicossociais da díade mãe-filho. Além das variáveis citadas, foram ainda consideradas a idade e a escolaridade materna, a percepção materna da saúde bucal da criança e da sua própria, a ansiedade odontológica materna e o relato de dor nas últimas 4 semanas.

Covariáveis

As variáveis sexo e idade da criança e idade materna foram as características demográficas coletadas. A idade da criança também foi coletada em anos e categorizada em: a) 7 a 9 anos e b) 10 a 13 anos. A idade da mãe foi coletada em anos e categorizada em: a) 26 a 30 anos, b) 31 a 40 anos e c) acima de 40 anos de idade. A educação materna foi coletada em anos de estudo e categorizada em: 8 anos ou menos de estudo e acima de 8 anos de estudo.

Para avaliar a experiência odontológica negativa da criança, foi realizada a pergunta: “O(a) [nome da criança] já teve alguma experiência que a senhora acha que foi desagradável e que provo-

cou sofrimento nele(a)?" com as opções de resposta: Sim ou Não. A ocorrência de dor dentária na criança nas últimas 4 semanas foi avaliada com a questão: "O(a) seu/sua filho(a) teve dor de dente nas últimas 4 semanas antes desta visita?", com as alternativas de resposta: Sim ou Não¹².

A percepção materna sobre a saúde bucal da criança foi avaliada pela questão: "Comparando com as crianças da idade do(a) seu(sua) filho(a), como você considera a saúde dos dentes, da gengiva e da boca do(a) seu(sua) filho(a)?" As alternativas de resposta foram dicotomizadas em: Boa (Alternativas Muito boa e Boa) e Ruim (Alternativas Regular, Ruim e Muito ruim). A autopercepção materna da saúde bucal foi realizada com a pergunta: "Comparando com as pessoas da sua idade, como você considera a saúde dos seus dentes, da sua gengiva e da sua boca?". As alternativas de resposta foram dicotomizadas em: Boa (Alternativas Muito boa e Boa) e Ruim (Alternativas Regular, Ruim e Muito ruim)⁹.

Variável de exposição

A ansiedade odontológica materna foi avaliada pela *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS)¹³. A MDAS é uma escala psicométrica com cinco perguntas de múltipla-escolha relacionadas com as reações subjetivas do indivíduo quanto a ir ao dentista e em diferentes momentos do atendimento. Para cada pergunta, as alternativas de resposta variam de um a cinco pontos. A pontuação total varia de 5 a 25 pontos. Os pontos de corte adotados para a categorização da variável foram: a) ansiedade ausente/leve: menor ou igual a 11 pontos; b) ansiedade de grau moderado: de 12 a 17 pontos; e c) ansiedade de grau severo: igual ou maior a 18 pontos. Para fins de análise, esta variável foi dicotomizada em ausente (ansiedade ausente/leve) e presente (ansiedade moderada/severa).

Variável desfecho

A experiência de cárie dentária foi avaliada por meio do índice CEO-D/CPO-D (soma dos dentes cariados, restaurados e obturados), considerando todos os dentes nas dentições permanente e decídua, respectivamente. Foram adotados os

critérios recomendados pela OMS¹⁴, que considera código zero para dente hígido, código 1 para dente cariado, código 2 para dente restaurado com cárie, código 3 para dente restaurado sem cárie, código 4 para dente perdido devido à cárie, código 5 para dente perdido por outra razão, código 6 para dente com selante, código 7 para dente com apoio de ponte ou coroa, código 8 para dente não erupcionado e código 9 para dente excluído. Para fins de análise, a experiência de cárie foi dicotomizada conforme a severidade da condição em: a) baixa experiência de cárie (0 a 3 dentes afetados pela cárie dentária); e b) alta experiência de cárie (4 dentes ou mais afetados pela cárie dentária).

Alunos do último ano de graduação em Odontologia foram previamente treinados e realizaram os exames clínicos, que foram posteriormente conferidos pelas professoras responsáveis pela clínica infantil e com experiência em exames epidemiológicos. Foram obedecidas as condições de biossegurança preconizadas pela OMS durante a realização de todos os exames, tendo, para seu uso: máscara, touca, luvas, jaleco, espelho bucal, sonda periodontal, jato de ar da seringa tríplice e luz artificial do equipo¹⁴.

Treinamento da equipe

Para a aplicação do questionário, foi realizado um treinamento teórico de duas horas com apresentação dos instrumentos e discussão das perguntas. Um segundo treinamento teórico com duração de duas horas foi realizado para a revisão dos critérios do índice CEO-D/CPO-D. Este índice é utilizado como rotina pelos alunos desde o terceiro semestre para diagnóstico e planejamento do tratamento de todos os indivíduos atendidos na Faculdade de Odontologia da UFPel. Com o objetivo de testar a metodologia proposta, realizou-se um estudo piloto envolvendo 12 díades mãe-criança, na mesma faixa etária dos participantes do estudo, não incluídas na amostra final.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFPel sob o protocolo nº 29/2013. Todas as mães

foram previamente informadas sobre o estudo e convidadas a participar. Aquelas que aceitaram assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as crianças daquelas mães que consentiram sua participação foram convidadas a participar e assinaram um Termo de Assentimento. As mães que não aceitaram fazer parte da pesquisa continuaram sendo atendidas normalmente, sem qualquer prejuízo para seus filhos.

Análise estatística

Os dados foram digitados duplamente em planilha do Microsoft Excel e analisados no programa Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA). Foi realizada uma análise descritiva das frequências absoluta e relativa das variáveis de interesse deste estudo. Para a análise bivariada, o teste Qui-Quadrado foi realizado para testar as associações entre as variáveis independentes e o desfecho. O efeito da ansiedade materna na experiência de cárie da criança foi investigado por meio de análise multivariada, bruta e ajustada, empregando-se a Regressão de Poisson com variância robusta. A análise foi ajustada para sexo da criança, idade materna, escolaridade materna, percepção de saúde bucal materna da saúde bucal da criança e autorreportada, dor dentária e experiência negativa com o dentista. A magnitude de efeito foi apresentada por meio de Razão de Prevalência e intervalo de confiança de 95%. Um nível de significância de 5% foi adotado.

Resultados

Participaram deste estudo 85 díades, sendo 42 meninos (49,4%) e 43 meninas (50,6%). O tamanho da amostra apresentou um poder de 81% para detectar risco relativo de 2 ou maior, considerando a prevalência de 36% de experiência de cárie no grupo de expostos. A maioria das crianças tinha entre 9 e 13 anos de idade (55,3%). Em relação às mães, a maioria tinha entre 31 a 40 anos de idade (40%) e mais de 8 anos de estudos (57,6%); 28 (32,9%) mães apresentaram moderado/alto grau de ansiedade odontológica.

Em relação ao componente cariado, o número de dentes cariados variou de 0 a 12 dentes, sendo que a maioria das crianças tinha mais de quatro dentes cariados (55,3%). No que se refere ao componente restaurado, 43,5% das crianças tinham dentes restaurados por cárie dentária. Nenhum dente foi extraído por motivo de cárie dentária. Experiência de cárie da criança nesta amostra variou de 1 a 12 dentes afetados, com a maioria apresentando até 5 dentes afetados pela cárie dentária (63,5%) (Tabela 1). A tabela 1 também apresenta a descrição da amostra segundo a experiência de cárie da criança. O maior número de dentes cariados nas crianças foi associado a crianças mais jovens ($p = 0,001$), aquelas mães que reportaram uma percepção ruim da saúde bucal de seus filhos ($p = 0,017$) e mães que apresentaram alto nível de ansiedade ($p = 0,001$).

Tabela 1 – Associação entre a experiência de cárie da criança e as variáveis independentes, análise bivariada, Pelotas, Brasil, (n=85), 2018

Variáveis	Experiência de cárie dentária		Valor de p*
	0-3 dentes n (%)	4-12 dentes n (%)	
Sexo			0,758
Masculino	26 (61,9)	16 (38,1)	
Feminino	28 (65,1)	15 (34,9)	
Idade			0,001
7 a 9 anos	17 (44,7)	21 (55,3)	
10 a 13 anos	37 (78,7)	10 (21,3)	
Idade materna			0,525
26 a 30 anos	13 (56,5)	10 (43,5)	
31 a 39 anos	21 (61,8)	13 (38,2)	
≥40 anos	20 (71,4)	8 (28,6)	
Escolaridade materna			0,953
Até 8 anos de estudo	31 (63,3)	18 (36,7)	
Mais de 8 anos de estudo	23 (63,9)	13 (36,1)	
Dor nas últimas 4 semanas			0,169
Não	31 (70,4)	13 (29,6)	
Sim	23 (56,1)	18 (43,9)	
Percepção materna da saúde bucal da criança			0,017
Positiva	52 (67,5)	25 (32,5)	
Negativa	2 (25)	6 (75)	
Ansiedade odontológica materna			0,001
Ausente	43 (75,4)	14 (24,6)	
Presente	11 (39,3)	17 (60,7)	

Fonte: autores.

A Tabela 2 apresenta associação entre a experiência de cárie e as variáveis independentes na análise multivariada. Na análise bruta, percepção materna da saúde bucal de seus filhos (RP 2,31; IC 95% 1,38-3,87) e ansiedade odontológica materna (RP 2,47; IC 95% 1,43-4,27) foram associadas ao índice CEO-D/CPO-D das crianças. Após os ajustes, apenas a ansiedade materna odontológica manteve associação com a experiência de cárie das crianças. Crianças filhas de mães ansiosas apresentaram 23% maior prevalência de dentes cariados quando comparadas com aquelas crianças filhas de mães não ansiosas.

Tabela 2 – Associação entre as variáveis independentes e a experiência de cárie da criança, análises bruta e ajustada – Regressão de Poisson, Pelotas, (n=85), 2018

Variáveis	Experiência de cárie da criança			
	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP (IC 95%)	Valor de p*	RP (IC 95%)	Valor de p*
Ansiedade odontológica materna		0,001		0,002
Ausente	1,00		1,00	
Presente	2,47 (1,43- 4,27)		2,37 (1,36-4,12)	

* Um valor de p inferior a 0,05 foi adotado como significativo. Regressão de Poisson. A análise foi ajustada para sexo da criança, idade materna, escolaridade materna, percepção de saúde bucal materna da saúde bucal da criança e autorreportada, dor dentária e experiência negativa com o dentista.

Fonte: autores.

Discussão

O presente estudo mostrou que a ansiedade odontológica materna está associada à experiência de cárie de crianças de 7 a 13 anos. Crianças de mães ansiosas apresentaram maior prevalência de experiência de cárie dentária.

Os achados deste estudo devem ser considerados com cautela, uma vez que há limitações a serem observadas. Por ser um estudo transversal, não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre ansiedade odontológica materna e a experiência de cárie da criança. Além disso, este estudo foi realizado em uma clínica odontológica referência para o atendimento de crianças, o que tende a superestimar os resultados encontrados. Por fim, a amostra adotada foi de conveniência. Embora um sistema aleatório de convite

dos participantes foi adotado, isto também pode influenciar nos achados. Em contrapartida, há pontos fortes neste estudo que devem ser reforçados. Além do cálculo amostral mínimo, o poder da amostra foi estimado acima de 80%. Os instrumentos utilizados neste estudo, MDAS e índice CEO-D/CPO-D, são amplamente empregados em pesquisas epidemiológicas e estudos clínicos com grande confiabilidade e reprodutibilidade. E, por fim, a experiência de cárie da criança foi avaliada por meio de exame clínico, uma medida objetiva padrão para avaliar a condição de saúde bucal.

A cárie dentária ainda é um problema de saúde pública mundial, estando entre as dez condições mais prevalentes em crianças¹. No Brasil, mais da metade das crianças apresentam pelo menos um dente afetado pela cárie dentária aos 5 anos de idade².

Há um consenso na literatura de que escolaridade e renda são preditores da cárie precoce na infância³. Uma pior condição socioeconômica e um menor nível de escolaridade alto têm sido associados à presença de cárie dentária³. Além dos fatores ambientais e biológicos, o componente comportamental da presença da cárie dentária não se restringe apenas aos hábitos e às percepções da criança. Os comportamentos em saúde dos pais são capazes de influenciar diretamente a saúde bucal de seus filhos⁴⁻⁷, e não somente aqueles relacionados à saúde bucal. Crianças são mais propensas a serem livres de cárie se iniciarem a escovação dentária desde cedo, duas vezes por dia, com dentífrico fluoretado, com envolvimento dos pais e em um ambiente no qual o consumo do açúcar é controlado⁴. A alta frequência materna de alimentação entre as refeições principais e a ingestão de bebidas adoçadas está associada a uma maior probabilidade de repetição desses comportamentos pelas crianças⁵.

É inegável que a estrutura familiar de uma criança tem direta influência sobre seu estado de saúde, pois parte-se do pressuposto de que a família é o primeiro espaço de cuidado, no qual se faz boa parte da assistência inicial e dos cuidados relacionados à saúde, uma vez que no próprio imaginário social esta função é atribuída para este grupo¹⁵.

As atitudes e o conhecimento materno a respeito da saúde bucal estão associados à presença da cárie na primeira infância em seus filhos³. Crianças cujas mães reportam uma pior percepção e comportamentos negativos relacionados à saúde bucal, bem como apresentam ansiedade odontológica, tendem a ter mais cárie dentária^{7,10,16}. Nossos achados corroboram as informações apresentadas na literatura. Na nossa amostra, crianças de 7 a 13 anos de idade, cujas mães apresentaram altos níveis de ansiedade odontológica, apresentaram mais que o dobro de experiência de cárie dentária quando comparadas com aquelas crianças cujas mães não eram ansiosas.

A ansiedade materna odontológica tem sido associada a piores comportamentos em saúde bucal, como menor frequência nos hábitos de higiene bucal e de uso de serviços odontológicos da mãe⁷ e da criança¹⁰. Em longo prazo, esta falha no cuidado da saúde bucal influenciada pela presença da ansiedade materna desencadeia uma piora da condição de saúde bucal da criança, aumentando significativamente a prevalência da cárie dentária¹⁰.

Assim, a omissão odontológica por parte dos responsáveis age diretamente na qualidade de vida das crianças. Os efeitos adversos da cárie dentária podem influenciar no desenvolvimento geral das crianças, bem como no desempenho de suas atividades cotidianas¹⁷. Tais efeitos variam desde alterações comportamentais até problemas de autoestima, que influem diretamente na inclusão social das crianças. Dessa forma, as condições de saúde bucal, em especial a cárie dentária, influenciando na autoestima, podem ter um papel importante na ocorrência de comportamentos indesejáveis¹⁵. Assim, a ansiedade odontológica materna pode ser considerada como um fator de risco para cárie dentária nas crianças, enfatizando a importância da adoção de uma abordagem de promoção de saúde bucal para a criança via figura materna¹⁶. Programas educativos para as mães relacionados à saúde bucal podem melhorar a saúde bucal das mães e de seus filhos⁷ e devem ser fortemente incentivados.

Conclusão

Este estudo demonstrou que a ansiedade materna odontológica está associada à experiência de cárie da criança. Crianças de mães ansiosas apresentaram maior prevalência de experiência de cárie dentária.

Abstract

Aim: to investigate if maternal dental anxiety is associated with dental caries experience in children. **Methods:** this cross-sectional study was performed in children aged 7-13 years. Data collection included in a questionnaire applied to mothers and in a clinical examination in children. Maternal dental anxiety was measured using the Modified Dental Anxiety Scale. Dental caries was assessed through dmft/DMFT Index. Multivariate analyses, crude and adjusted, using Poisson Regression model with robust variance in order to test association between maternal dental anxiety and dental caries experience (Prevalence Ratio, 95% Confidence Interval). A significance level of 5% was adopted. **Results:** an overall of 85 dyads mothers/children participated. About 32% of mothers presented moderate/high level of dental anxiety. Dental caries was associated to child's age ($p = 0,001$), maternal perception about oral health of children ($p = 0,017$) and to maternal dental anxiety ($p = 0,001$). After adjustments, maternal dental anxiety was associated to dental caries experience. Children from anxious mothers presented 23% higher prevalence of dental caries experience than those whose mothers did not present anxiety. **Conclusion:** in children aged 7 to 13 years, maternal dental anxiety was associated to dental caries experience.

Keywords: Dental anxiety. Dental caries. Child.

Referências

1. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res* 2015; 94(5):650-8.
2. Brasil. Brasil SB 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: principais resultados. Brasília: Brazilian Health Ministry; 2012. Disponível em URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.
3. Rai NK, Tiwari T. Parental Factors Influencing the Development of Early Childhood Caries in Developing Nations: a Systematic Review. *Front Public Health* 2018; 6:64. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00064.

4. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health* 2004; 21(1Suppl):71-85.
5. Parhar G, Yoon RK, Chussid S. Maternal-child oral health behaviors and caries experience in the child. *J Clin Pediatr Dent* 2009; 34(2):135-9.
6. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa T de S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)* 2013; 89(2):116-23.
7. Olak J, Nguyen MS, Nguyen TT, Nguyen BBT, Saag M. The influence of mothers' oral health behaviour and perception thereof on the dental health of their children. *EPMA J* 2018; 9(2):187-93. DOI: 10.1007/s13167-018-0134-x.
8. Cademartori MG, Custodio NB, Harter AL, Goettems ML. Maternal perception about child oral health is associated to child dental caries and to maternal self-report about oral health. *Acta Odontol Scand* 2019; 77(5):359-63. DOI: 10.1080/00016357.2019.1570332.
9. Pinto G dos S, Hartwig AD, Elias R, Azevedo MS, Goettems ML, Correa MB, et al. Maternal care influence on children's caries prevalence in southern Brazil. *Braz Oral Res* 2016; 30(1). PII: S1806-83242016000100262. DOI: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0070.
10. Goettems ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD. Influence of maternal dental anxiety on the child's dental caries experience. *Caries Res* 2012; 46(1):3-8. DOI: 10.1159/000334645.
11. Xia B, Wang CL, Ge LH. Factors associated with dental behaviour management problems in children aged 2-8 years in Beijing, China. *Int J Paediatr Dent* 2011; 21(3):200-9. DOI: 10.1111/j.1365-263X.2011.01111.x.
12. Boeira GF, Correa MB, Peres KG, Peres MA, Santos IS, Matijasevich A, et al. Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort. *Caries Res* 2012; 46:488-95.
13. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of Corah's dental anxiety scale: Transcultural adaptation and reliability analysis. *Depress Anxiety* 2007; 24(7):467-71.
14. Organização Mundial da Saúde. Manual de Levantamento Epidemiológico da Saúde Bucal. Genebra: OMS; 2013.
15. Lunardelli SE, Traebert E, Lunardelli NA, Martins LGT, Traebert J. Autoestima e cárie dentária em adolescentes: um estudo seccional. *Rev Odontol UNESP* 2016; 45.
16. Goettems ML, Nascimento GG, Peres MA, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJD, et al. Influence of maternal characteristics and caregiving behaviours on children's caries experience: an intergenerational approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018; 46(5):435-41. DOI: 10.1111/cdoe.12406.
17. Isaksson H, Koch G, Alm A, Nilsson M, Wendt LK, Birkhed D. Parental factors in early childhood are associated with approximal caries experience in young adults — a longitudinal study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018; 00:1-9.

Endereço para correspondência:

Mariana Gonzalez Cademartori
Faculdade de Odontologia (UFPel)
Gonçalves Chaves, 457
CEP 96015-560 – Pelotas, RS, Brasil
Telefone: (53) 981351584
E-mail: marianacademartori@gmail.com

Recebido: 13/01/2019. Aceito: 08/06/2020.