

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
UNIFAL/MG**

**JOSY DOS SANTOS DE OLIVEIRA**

**IMPACTO DAS ALTERAÇÕES BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE PRÉ-ESCOLARES E DE SUAS  
FAMÍLIAS EM ALFENAS/MG**

**Alfenas/MG**

**2014**

**JOSY DOS SANTOS DE OLIVEIRA**

**IMPACTO DAS ALTERAÇÕES BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE PRÉ-ESCOLARES E DE SUAS  
FAMÍLIAS EM ALFENAS/MG**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Alfenas.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima.

Co-orientador: Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira.

**Alfenas/MG**

**2014**

Oliveira, Josy dos Santos de.  
Impacto das alterações bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares e de suas famílias em Alfenas/MG / Josy dos Santos de Oliveira – Alfenas, MG, 2014.  
77 f. -

Orientadora: Daniela Coelho de Lima.  
Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2014.  
Bibliografia.

1. Pré-Escolar. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde bucal. 4. Fatores socioeconômicos. I. Lima, Daniela Coelho de. II. Título.

CDD: 617.601

**JOSY DOS SANTOS DE OLIVEIRA**

**IMPACTO DAS ALTERAÇÕES BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE PRÉ-ESCOLARES E DE SUAS  
FAMÍLIAS EM ALFENAS/MG**

A Banca Examinadora, abaixo-assinada, aprova a  
Dissertação apresentada como parte dos requisitos  
para a obtenção do título de Mestre em Ciências  
Odontológicas pela Universidade Federal de  
Alfenas/MG. Área de concentração: Odontologia.

Aprovado em: 16/07/2014

Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima

Assinatura: Daniela Coelho de Lima

Instituição: Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG

Profa. Dra. Patrícia Elaine Gonçalves

Assinatura: Patrícia Elaine Gonçalves

Instituição: Universidade Nove de Julho - São Paulo

Profa. Dra. Eliana Rodrigues Rosselli

Assinatura: Eliana Rodrigues Rosselli

Instituição: Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG

Dedico este trabalho,

a **Deus**, que sempre me guia e ilumina cada passo da minha trajetória;  
ao meu esposo, **Lucas**, pela paciência, pelo companheirismo e cumplicidade, sua  
presença foi fundamental;  
à minha mãe, **Cirene**, por ter sido uma excelente professora de português,  
conselheira, amiga e mãe;  
ao meu pai, **José dos Santos**, pela confiança e incentivo;  
às minhas irmãs, **Kelly e Lívia**, pelo apoio constante e por acreditarem em mim.  
Vocês são meu alicerce, razão das minhas conquistas alcançadas. Amo vocês.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima**, pelos ensinamentos, dedicação e pela confiança depositada em mim.

Ao meu co-orientador, **Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira**, pela orientação no desenvolvimento da pesquisa.

À **Profa. Dra. Patrícia de Siqueira Ramos** e ao **Prof. Dr. Heitor Marques Honório**, pela execução das análises estatísticas.

À bibliotecária, **Fátima dos Reis Goiatá**, pelo apoio na correção deste trabalho.

À **Prefeitura Municipal de Alfenas**, pela autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

A **todas as escolas, às diretoras, aos pais/responsáveis e às crianças** que participaram do estudo.

Às bolsistas do Probic Júnior, **Jéssica e Natália**, pelo auxílio e companhia durante a pesquisa.

A **todos os professores do mestrado e a todos os meus colegas**, pelo aprendizado proporcionado.

Às amigas **Andressa e Daniela Barroso**, pela presteza de sempre.

À turma da odontopediatria, **Profa. Tiza, Profa. Vivien, Prof. Edmer, Profa. Eliana, Mônica, D. Antônia, Luzia e Sônia**, pelo carinho de sempre.

Aos meus colegas de turma, **Andressa, Lidiane, Leandro, Elisa e Fernanda**, pelos bons momentos de alegria durante nossa jornada, essas lembranças ficarão para sempre.

A **toda minha família** que sempre rezou e torceu por mim, pelo meu sucesso.

Aos **meus irmãos e amigos de infância**, pelo apoio e torcida constantes; às **minhas queridas amigas da faculdade**, pela presença mesmo estando tão distantes e, **aos meus amigos e companheiros da especialização de Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares**, pela força nas horas mais complicadas que passei durante a realização do mestrado.

Ao meu professor de especialização, **Gutemberg Santos**, por acreditar em mim e incentivar sempre.

Aos meus sogros, **Reinaldo e Ana Lúcia**, pela confiança; às minhas cunhadas, **Rafaela e Mariane**, pelo incentivo de sempre e, ao meu concunhado, **Saulo**, pela ajuda para autorização da pesquisa e seu desenvolvimento, muito obrigada.

Às minhas secretárias, **Juliana e Danielle**, excelentes funcionárias, obrigada por manter sempre tão organizado nosso local de trabalho.

Aos **meus pacientes do consultório**, pela paciência e pela torcida.

À Universidade Federal de Alfenas, local de crescimento pessoal e intelectual durante minha formação acadêmica, graduação e mestrado.

## RESUMO

A saúde bucal exerce uma função importante na vida do indivíduo desde a infância até a fase adulta, interferindo no seu bem-estar geral e emocional. O impacto que a saúde ou a doença bucal têm nas atividades diárias e na qualidade de vida podem ser influenciadas por desordens e doenças bucais, além do fator socioeconômico. Assim, o objetivo do presente estudo foi conhecer o impacto das doenças e desordens bucais, bem como das condições socioeconômicas na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de pré-escolares e de seus pais na cidade de Alfenas/MG. Os instrumentos para a coleta de dados foram dois questionários estruturados, compostos por questões objetivas e subjetivas sobre as condições socioeconômicas e a QVRSB (ECOHIS). Foram examinadas clinicamente 321 crianças de 2 a 5 anos de idade, por um pesquisador previamente calibrado, avaliando-se CPI (Cárie Precoce na Infância), TD (Traumatismos Dentários) e TMA (Tipos de Maloclusão Anterior). A análise dos dados foi realizada pelos softwares Statistic 11.0 e Sigma Plot 12.0, com intervalo de confiança de 95% e realizou-se regressão linear. A prevalência de CPI, TD e TMA foi 54,2%, 15,6% e 53,9%, respectivamente. Constatou-se que em crianças com maior idade houve um impacto negativo na QVRSB ( $p=0,009$ ), da mesma maneira, crianças com maiores índices de cárie precoce também obtiveram maior impacto em suas QVRSB ( $p<0,0001$ ) e de suas famílias ( $p<0,0001$ ). As crianças que moravam com as mães e seus companheiros ( $p=0,020$ ) e as que tinham pais separados ( $p=0,030$ ) relataram uma pior QVRSB. As mães com idade inferior ou igual a 30 anos indicaram um impacto negativo na QVRSB de seus filhos ( $p=0,013$ ) e de suas famílias ( $p=0,038$ ). Já mães com maior nível de escolaridade ( $p=0,004$ ) e famílias com maior renda mensal ( $p=0,004$ ) indicaram fator de proteção para QVRSB. Assim, conclui-se que crianças com maior índice de cárie, maior idade, com pais separados, que moram com a mãe e seu companheiro e com mães mais jovens têm pior QVRSB, enquanto a renda familiar e a escolaridade da mãe apresentaram-se como fatores de proteção.

**Palavras-Chave:** Pré-Escolar. Qualidade de vida. Saúde bucal. Fatores socioeconômicos.

## ABSTRACT

Oral health plays an important role in an individual's life from childhood to adulthood, interfering with his general and emotional well-being. Daily activities and quality of life may be affected by oral diseases and disorders, in addition to the socioeconomic factor. The objective of this study was to understand the impact of oral diseases and disorders, as well as the socioeconomic conditions in oral health-related quality of life (QVRSB) for 2 to 5-year old children and their parents in the city of Alfenas/MG. The instruments for data collection were two structured questionnaires, composed of objective and subjective questions about the socioeconomic conditions and QVRSB (ECOHIS). 321 children (2-5 years of age) were clinically examined by a previously calibrated researcher, evaluating the ECC (Early Childhood Caries), TDI (Traumatic Dental Injury) and TAM (Types of Anterior Malocclusion). Data analysis was performed by the softwares Statistic 11.0 and Sigma Plot 12.0, with a confidence interval of 95%, and linear regression was carried out. The prevalence of ECC, TDI and TAM was 54.2%, 15.6% and 53.9%, respectively. It was observed that in older children there was a negative impact on QVRSB ( $p=0.009$ ); similarly, children with higher rates of early childhood caries also had greater impact on their ( $p<0.0001$ ) and their families' QVRSB ( $p<0.0001$ ). Children living with their mothers and their partners ( $p=0.020$ ) and those with divorced parents ( $p=0.030$ ) reported worse QVRSB. Mothers aged less than or equal to 30 years showed a negative impact on their children's ( $p=0.013$ ) and their families' QVRSB ( $p=0.038$ ). On the other hand, mothers with higher educational level ( $p=0.004$ ) and families with higher monthly income ( $p=0.004$ ) showed a protective factor for QVRSB. Thus, it is concluded that children with higher caries index, older, with divorced parents, who live with their mother and her partner and with young mothers have worse QVRSB, as family income and mother's educational level were presented as protective factors.

**Keywords:** Preschool. Quality of life. Oral health. Socioeconomic factors.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico de dispersão do índice ceod X ECOHIS. Alfenas/MG, 2014 .....	42
Gráfico 2 - Gráfico de dispersão do índice ceod X impacto na criança. Alfenas/MG, 2014 .....	42
Gráfico 3 - Gráfico de dispersão do índice ceod X impacto na família. Alfenas/MG, 2014.....	43
Gráfico 4 - Gráfico de dispersão da renda familiar X ECOHIS. Alfenas/MG, 2014 .....	47
Gráfico 5 - Gráfico de dispersão da renda familiar X impacto na criança. Alfenas/MG, 2014.....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da frequência absoluta das crianças da amostra por idade. Alfenas/MG, 2014.....	37
Tabela 2 - Distribuição da frequência relativa da escolaridade dos pais das crianças. Alfenas/MG, 2014.....	38
Tabela 3 - Distribuição da frequência relativa das respostas dos pais/responsáveis de crianças de 2 a 5 anos de idade sobre ECOHIS. Alfenas/MG, 2014.....	39
Tabela 4 - Distribuição de valores de correlação entre o índice ceod X QVRSB. Alfenas/MG, 2014.....	41
Tabela 5 - Distribuição da correlação entre as desordens bucais X QVRSB. Alfenas/MG, 2014.....	43
Tabela 6 - Distribuição da correlação entre as condições socioeconômicas X QVRSB. Alfenas/MG, 2014.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABEP</b>	- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
<b>B-ECOHis</b>	- Versão Brasileira da Escala de Impacto de Saúde Bucal na Primeira Infância
<b>CEMEI</b>	- Centro Educacional Municipal de Ensino Infantil
<b>CHILD-OIDP</b>	- Child Oral Impacts on Daily Performances
<b>COHIP</b>	- Child Oral Health Impact Profile
<b>COHQOL</b>	- Child Oral Health Quality of Life Instrument
<b>COHRQoL</b>	- Children Oral Health Related Quality of Life
<b>CPI</b>	- Cárie Precoce na Infância
<b>ECOHis</b>	- Early Childhood Oral Health Impact Scale - Escala de Impacto de Saúde Bucal na Primeira Infância
<b>EMEI</b>	- Escola Municipal de Ensino Infantil
<b>OIDP</b>	- Oral Impacts on Daily Performances
<b>OMS</b>	- Organização Mundial da Saúde
<b>QVRSB</b>	- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
<b>TCLE</b>	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TD</b>	- Traumatismos Dentários
<b>TMA</b>	- Tipos de Maloclusão Anterior
<b>WHO</b>	- World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
<b>2.1</b>	<b>Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) em crianças</b> .....	16
<b>2.2</b>	<b>Instrumentos utilizados para mensurar QVRSB em crianças pré-escolares</b> .....	20
<b>2.3</b>	<b>Impacto das doenças e distúrbios bucais</b> .....	23
2.3.1	Impacto da cárie dentária.....	23
2.3.2	Impacto dos traumatismos dentários.....	25
2.3.3	Impacto das maloclusões dentárias.....	26
<b>2.4</b>	<b>Impacto dos fatores socioeconômicos</b> .....	27
<b>3</b>	<b>PROPOSIÇÃO</b> .....	28
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	29
<b>4.1</b>	<b>Protocolo ético</b> .....	29
<b>4.2</b>	<b>População de estudo</b> .....	29
<b>4.3</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	30
4.3.1	Questionário de condições socioeconômicas.....	30
4.3.2	Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância (ECOHIS).....	31
4.3.3	Critérios de avaliação clínica bucal da crianças.....	32
4.3.3.1	<i>Avaliação da CPI</i> .....	32
4.3.3.2	<i>Avaliação dos TD</i> .....	32
4.3.3.3	<i>Avaliação das maloclusões</i> .....	33
<b>4.4</b>	<b>Estudo Piloto</b> .....	34
<b>4.5</b>	<b>Calibração</b> .....	34
<b>4.6</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	34
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	36
<b>5.1</b>	<b>Caracterização da amostra quanto às condições socioeconômicas</b> .....	37
<b>5.2</b>	<b>Caracterização da amostra quanto à presença das distúrbios e doenças bucais</b> .....	38
<b>5.3</b>	<b>Resultado ECOHIS</b> .....	39

5.3.1	Impacto da CPI, TD e TMA na QVRSB das crianças pré-escolares e de seus pais.....	41
5.3.2	Impacto das condições socioeconômicas na QVRSB das crianças pré-escolares e de seus pais.....	44
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>56</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>57</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>69</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde foi definido pela World Health Organization (1948) como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. No entanto, o atual conceito de saúde requer a inclusão de aspectos psicossociais, tais como questões relacionadas com a qualidade de vida, que estão estritamente relacionadas às relações humanas na sociedade contemporânea (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PIOVESAN et al., 2009).

A maioria dos estudos que avalia mudanças no estado de saúde bucal de indivíduos e de populações individuais foi baseado em indicadores clínicos da doença. Recentemente, tem ocorrido um aumento relativo do número de pesquisas avaliando saúde bucal e a percepção do sujeito sobre seu bem-estar (LOCKER; JOKOVIC, 1997; PIOVESAN et al., 2009; ABANTO et al., 2011; KRAMER et al., 2013; SCARPELLI et al., 2013). Ao longo dos últimos 30 anos, indicadores odontológicos em epidemiologia bucal têm sido amplamente defendidos (COHEN; JAGO, 1976; SMITH; SHEIHAM, 1979; LOCKER, 1989; SLADE, 1997; PIOVESAN et al., 2009), uma vez que as medidas individuais de doença clínica não são capazes de documentar o impacto das doenças e desordens bucais (ANTUNES; PERES, 2006).

O conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) refere-se ao impacto que a saúde ou doença bucal têm no bem-estar geral e qualidade de vida dos indivíduos. Atualmente, sabe-se que as desordens e doenças bucais podem causar um impacto negativo sobre a vida de crianças pré-escolares e de seus pais (FILSTRUP et al., 2003; PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007; ABANTO et al., 2011). Segundo Pahel, Rozier e Slade (2007), o questionário ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale) é um instrumento disponível para mensurar o impacto das doenças/desordens bucais e experiências de tratamentos dentários na QVRSB de crianças pré-escolares e de suas famílias.

Este instrumento de origem americana foi validado no Brasil em crianças entre 2 a 5 anos e também foram realizadas avaliações do seu conceito, de itens e equivalência semântica, criando a adaptação transcultural do questionário (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008). A versão brasileira B-ECOHIS foi obtida avaliando as propriedades psicométricas do questionário (SCARPELLI et al., 2011) e esta foi

validada testando-se a confiabilidade do instrumento recentemente (MARTINS-JÚNIOR et al., 2012). Portanto, reafirmou-se que a versão brasileira do ECOHIS é um instrumento válido para verificar a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal em crianças pré-escolares cujos responsáveis são brasileiros e falam a língua portuguesa.

Macknin, Piedmonte e Jacobs (2000) demonstram que crianças menores de seis anos de idade são comumente afetadas, com relativa frequência, por algumas doenças e desordens como distúrbios de erupção, cárie dentária, os traumatismos dentários, os problemas de erupção dentária, maloclusões dentárias e algumas patologias dos tecidos moles da boca (McGRATH; BRODER; WILSON-GEDERSON, 2004; FEITOSA; COLARES; PINKHAM, 2005; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008; JORGE et al., 2009; ROBSON et al., 2009; FELDENS et al., 2010).

A Cárie Precoce na Infância (CPI) é uma doença comum e frequente em crianças brasileiras pré-escolares, uma vez que, nesse período, ocorre uma alta frequência do consumo de sacarose, associada à ausência de métodos de higiene bucal, tornando a doença cárie um problema de saúde pública (GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003). Este fato é relevante uma vez que crianças com CPI são mais propensas a repetirem este episódio durante seu crescimento até a adolescência quando comparadas a crianças livres de cárie dentária no início da vida (LI; WANG, 2002; PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007). No nosso país, pesquisas discorrem a prevalência da cárie precoce entre 12% e 63,8% (BÖNECKER; MARCENES; SHEIHAM, 2002; OLIVEIRA; SHEIHAM; BÖNECKER, 2008; ALMEIDA et al., 2010, ABANTO et al., 2011).

Os Traumatismos Dentários (TD) e Maloclusões são desordens bastante incidentes na idade pré-escolar. Os TD caracterizam um problema de saúde pública emergente e representam um desafio para os profissionais da saúde (OLIVEIRA et al., 2007). No Brasil, vários estudos relatam a prevalência de maloclusões, variando de 24,2% a 87% (CHEVITARESE; DELLA VALLE; MOREIRA, 2002; LEITE-CAVALCANTI; MEDEIROS-BEZERRA; MOURA, 2007; ABANTO et al., 2011; SCARPELLI et al., 2011). Para TD estes números variam de 9% a 62% (KRAMER et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2007; VIEGAS et al., 2010; ABANTO et al., 2011; VIEGAS et al., 2012). Essas desordens têm mostrado causar um impacto negativo na qualidade de vida de criança escolar (LOCKER, 2007; ABANTO et al., 2012) e,

também, em pré-escolares (ABANTO et al., 2011; VIEGAS et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013).

Ainda, alguns estudos têm mostrado que famílias com alta renda possuem uma saúde geral e bucal com melhor qualidade de vida quando comparadas com famílias de baixa renda (EDELSTEIN, 2002; NICOLAU; MARCENES; SHEIMAN, 2003; LOCKER, 2007; ABANTO et al., 2011; ABANTO et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013). Várias pesquisas afirmaram que fatores socioeconômicos têm relação significativa com as questões referentes ao impacto de inúmeras doenças na qualidade de vida (LOCKER, 2007; PAPPA et al., 2009; ABANTO et al., 2011; ABANTO et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013).

Portanto, considerando-se que durante a infância existe uma alta frequência de doenças e desordens bucais e interferência dos fatores socioeconômicos na percepção de saúde bucal, aliados ao escasso número de pesquisas testando questionário de QVRSB em pré-escolares, são necessários mais estudos em populações representativas que possam avaliar o impacto das condições bucais ajustadas por fatores socioeconômicos na QVRSB de crianças com idade entre 2 a 5 anos e de seus pais.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A saúde bucal está intimamente ligada à saúde geral e é essencial para qualidade de vida, por isso todas as pessoas são dignas de uma condição bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor de cada alimento, sorrir, viver livre de dor e desconforto e, por fim, poder se relacionar com outras pessoas sem constrangimento (PETERSEN, 2003; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

Os métodos tradicionais para medir saúde bucal baseiam-se em padrões clínicos e técnicos, por isso são limitados, já que não consideram aspectos psicossociais e funcionais da saúde bucal, ou melhor, não são identificadas evidências das percepções individuais sobre a saúde oral relacionada com qualidade de vida (SLADE et al., 1998; PIOVESAN, 2009).

No entanto, a medição da QVRSB oferece uma contribuição importante através do fornecimento de mais dados sobre doenças/desordens bucais que podem ajudar a nortear as políticas de saúde bucal e, assim, oferecer suporte para a definição e priorização do uso socialmente adequado de recursos (MARTINS-JÚNIOR et al., 2012).

Também é conhecido que crianças pré-escolares podem sofrer de uma série de problemas de saúde bucal que podem afetar a qualidade de vida, tais como dores de dentição (MOURA-LEITE et al., 2008), distúrbios de erupção (MACKNIN et al., 2000), cárie precoce na infância (FELDENS et al., 2010, ABANTO et al., 2011, ABANTO et al., 2012, SCARPELLI et al., 2013), trauma dental (JORGE et al., 2009; ROBSON et al., 2009, ABANTO et al., 2011, ABANTO et al., 2012, SCARPELLI et al., 2013) e maloclusão (CARVALHO et al., 2011, SCARPELLI et al., 2013).

### 2.1 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) em crianças

No ano de 2002, foram publicados os primeiros trabalhos descrevendo o processo de construção e validação de um questionário para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças (JOKOVIC et al., 2002; LOCKER et al., 2002). Entretanto, em 1985, Nikias já havia sugerido que a avaliação dos efeitos

das doenças bucais sobre a qualidade de vida poderia ser muito útil para auxiliar o planejamento de serviços de saúde para estabelecerem programas e prioridades institucionais, orientar pesquisadores a estudar os determinantes do processo saúde/doença e, também, para identificar medidas terapêuticas e profiláticas realmente efetivas.

Nos últimos anos, emergiram diversos instrumentos utilizados para mensurar a QVRSB em crianças e adolescentes, uma vez que a avaliação da qualidade de vida tornou-se parte integrante do desenvolvimento dos programas de saúde (JOKOVIC et al., 2002; FILSTRUP et al., 2003, GHERUNPONG; TSAKOS; SHEIHAM, 2004a; JOKOVIC et al., 2004; FOSTER-PAGE et al., 2005; JOKOVIC; LOCKER; GUYATT, 2006, PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007).

Conceitos contemporâneos de saúde sugerem que a saúde bucal seja definida em termos de bem-estar físico, psicológico e social em relação ao estado geral (GHERUNPONG; SHEIHAM; TSAKOS, 2006). Por isso, o conceito de saúde bucal incorporou a reflexão sobre a qualidade de vida e inclusão de mais alguns fatores antes desconsiderados, como: sintomas bucais, limitações funcionais, bem-estar emocional e social (JOKOVIC et al., 2002). Portanto, a saúde, no contexto da Promoção da Saúde, expandiu para um conceito ampliado, incorporando múltiplas questões como: os fatores socioeconômicos, os fatores ambientais e os fatores comportamentais que atuam tanto sobre a saúde individual, quanto pela coletiva (ABANTO, 2009).

Doenças e desordens bucais durante a infância podem ter um impacto negativo na vida de pré-escolares e de seus pais (FILSTRUP et al., 2003; PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007). Algumas doenças/desordens bucais causam dor e influenciam a estética, e assim, afetam a qualidade de vida de crianças acometidas, podendo refletir em dificuldades para falar, alimentar-se e sorrir, levando-as a uma desvantagem psicossocial (FILSTRUP et al., 2003; DO; SPENCER, 2007; PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007; BARBOSA; GAVIÃO, 2008, ABANTO, 2009). Segundo Rebok et al. (2001), para as crianças, um sorriso saudável é uma maneira de desenvolver relações interpessoais e ter uma boa autoestima. Assim, evidencia a importância de avaliar o efeito dos problemas bucais na saúde física, mental e social dos indivíduos, em especial, das crianças (SLADE, 1997; PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007).

Na odontologia, os indicadores clínicos bucais têm sido restritos a pessoas que percebem sintomas como dor, desconforto e alterações estéticas, características limitadas ao âmbito clínico (MARQUES et al., 2006). Por isso, no decorrer das últimas décadas foram realizados estudos considerando aspectos psicossociais e funcionais em crianças, relacionados ao indicador conhecido como QVRSB, que em inglês é descrito como COHRQoL – Child Oral Health Related Quality of Life, e traduzido, Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal da Criança (JOKOVIC et al., 2002).

O conceito de qualidade de vida é considerado multidimensional, engloba tanto experiências positivas quanto negativas, compreendendo uma representação subjetiva da sensação de bem-estar (McGRATH; BRODER; WILSON-GEDERSON, 2004; SEIDL; ZANNON, 2004). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997).

Atualmente, a literatura relata muitos instrumentos para medição de qualidade de vida através da percepção, incluindo aspectos psicológicos e sociais. No entanto, a maioria dos indicadores de saúde bucal tem sido desenvolvido para adultos ou idosos. Poucos estudos foram realizados para verificar o impacto de diferentes distúrbios bucais na autopercepção e qualidade de vida de adolescentes e crianças (PIOVESAN et al., 2009).

As crianças constituem o maior foco da Saúde Pública Odontológica, uma vez que existem possibilidades de prevenção e intervenção precoce nesta fase da vida, evidenciando assim, a necessidade extrema da aplicação do conceito de QVRSB nesta fase da vida (JOKOVIC et al., 2004). Os instrumentos desenvolvidos para mensurar a qualidade de vida deveriam ser respondidos pelas próprias crianças, as quais têm o direito de expressar suas opiniões e de tê-las respeitadas (PAL, 1996). Porém, as crianças pré-escolares apresentam dificuldade para fornecer informações verídicas sobre a sua qualidade de vida.

De acordo com Talenkar et al. (2005), os questionários para essa faixa etária devem ser preenchidos pelos responsáveis, mesmo sabendo que estes (respondentes secundários) não conseguem representar legitimamente a realidade dessas crianças; podendo, por vezes, não oferecer respostas verdadeiras, livres de

pressão relacionada à aceitabilidade social (McGRATH; BRODER; WILSON-GEDERSON, 2004).

O autoconceito e a cognição de saúde dependem da idade das crianças e do desenvolvimento cognitivo, emocional, social e de linguagem contínuo (LI; VERONNEAU; ALLISON, 2008; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012). A percepção da criança varia, também, de acordo com sua cultura, sua condição socioeconômica e sua condição de saúde (PAL, 1996; McGRATH; BRODER; WILSON-GEDERSON, 2004; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

Até os cinco anos de idade, as crianças têm dificuldade em compreender conceitos básicos de saúde, são incapazes de se expressarem adequadamente e tendem a dar respostas exageradas. Além disso, a psicologia infantil indica que nessa idade as crianças são incapazes de lembrarem, com precisão, dos acontecimentos cotidianos e, até mesmo, único, além de 24 horas. As crianças começam a raciocinar sobre a ação de eventos passados que dizem respeito ao dia da semana, mês ou estação do ano, com apenas 7 anos de idade ou mais (REBOK et al., 2001).

Também de acordo com a psicologia de desenvolvimento da criança, a idade de seis anos marca o início do pensamento abstrato e do autoconceito, pois as crianças começam a comparar suas características físicas e traços de personalidade aos de outras crianças. Ao mesmo tempo, sua capacidade de fazer julgamentos de avaliação quanto à sua aparência, qualidade das amizades e pensamentos de outras pessoas, emoções e comportamentos se desenvolvem gradativamente ao longo da infância média (seis a dez anos de idade) (BEE, 1998; HETHERINGTON; PARKE; LOCKE, 1999; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012).

As crianças vivem um processo de mudanças contínuo que também repercute sobre suas características bucais e sobre sua aparência facial, assim dificulta ainda mais a comparação entre crianças de idades diferentes e a avaliação, nas próprias crianças, individualmente, de alterações na qualidade de vida no decorrer do tempo (McGRATH; BRODER; WILSON-GEDERSON, 2004; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

Tendo em vista que crianças pré-escolares ainda não possuem a capacidade totalmente desenvolvida de interpretar o autoconceito, a autoestima ou de se avaliarem esteticamente, os relatos oferecidos pelos pais são de grande valor na avaliação da QVRSB em crianças pré-escolares (HETHERINGTON; PARKE;

LOCKE, 1999; REBOK et al., 2001; CORRÊA, 2002). Além disso, os adultos e/ou responsáveis pelas crianças são quem, normalmente, tomam as decisões a respeito da saúde dos menores. Portanto, avaliar a percepção dos pais/responsáveis sobre os problemas de saúde bucal, incluindo sintomas, doenças e seus tratamentos e a qualidade de vida de seus filhos é imprescindível (GIFT; REISINE; LARACH, 1992; PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007).

Também é importante a avaliação da percepção dos pais ou responsáveis, uma vez que as condições bucais não têm só um impacto direto na criança, mas também um efeito indireto nos pais e demais membros da família (JOHAL; CHEUNG; MARCENE, 2007; PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007; ABANTO et al., 2011; ABANTO et al., 2012; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012; VIEGAS et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013). Evidências indicam que os quadros de Cárie Precoce na Infância (CPI), por exemplo, resultam em dias de trabalho perdidos para os pais e/ou cuidadores, que precisam ficar em casa para cuidar de seus filhos ou gastar tempo e dinheiro no acesso ao atendimento odontológico (GIFT; REISINE; LARACH, 1992; PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007). Dessa maneira, fica evidente que estas influências sobre a família também são importantes de serem investigadas como parte da avaliação da QVRSB em crianças pré-escolares (ABANTO et al., 2012).

De acordo com o estudo de Barbosa e Gavião (2008), a avaliação por meio de um questionário com técnicas adequadas permite a obtenção de informações válidas e confiáveis, não só das crianças como também dos pais, mesmo que estes não tenham a mesma visão sobre QVRSB que as crianças.

## **2.2 Instrumentos utilizados para mensurar QVRSB em crianças pré-escolares**

Para Wallander, Schmitt, Koot (2001), os instrumentos utilizados para mensurar QVRSB são constituídos de questionários compostos por questões que procuram medir, através de respostas organizadas sob a forma de escalas numéricas, o quanto os aspectos da vida das pessoas, nos domínios de sintomas bucais e limitações funcionais, bem-estar emocional e social, entre outros, são afetados pelas condições de saúde. Este tipo de ferramenta é essencial, uma vez que é capaz de representar, sob a forma numérica, as diferenças entre pessoas e

comunidades associadas à qualidade de vida relacionada à saúde bucal. E ainda ressaltaram que as medidas numéricas obtidas com a aplicação dos indicadores de QVRSB devem ser sempre consideradas índices imperfeitos de um construto subjacente.

Os autores Herdman et al. (1998) já haviam definido um modelo de avaliação de equivalência transcultural de instrumentos de mensuração de qualidade de vida associada à saúde a partir da perspectiva universalista e, assim, propuseram que seis tipos de equivalência, os quais deveriam ser sempre examinados em qualquer país (conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração e funcional (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008).

Para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram desenvolvidos instrumentos específicos para as crianças com intuito de mensurar detalhadamente e com mais segurança o impacto dos problemas bucais sobre a sua qualidade de vida e, por ventura, de suas famílias (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007):

- Jokovic et al. (2002) desenvolveram no Canadá o instrumento COHQOL (Child Oral Health Quality of Life Instrument), que se destina a mensurar a QVRSB de crianças de 6 a 14 anos e de suas famílias. Mede tanto a percepção das crianças sobre a sua saúde bucal, quanto a percepção dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos.
- Gherunpong et al. (2004a), na Tailândia, adaptou o questionário OIDP (Oral Impacts on Daily Performances) usado em adultos para o uso em crianças de 11 a 12 anos de idade, o CHILD-OIDP (Child Oral Impacts on Daily Performances). Este instrumento contém uma lista com todos os problemas bucais que as crianças são capazes, por si próprias, de perceber e também utiliza figuras e ilustrações como respostas às perguntas. É construído com base em um modelo conceitual que visa relatar somente impactos sobre a capacidade de executar as atividades do dia-a-dia das crianças relacionadas ao desempenho físico, social e psicológico.
- Broder et al. (2005) construíram nos EUA, o COHIP (Child Oral Health Impact Profile). Este questionário foi elaborado para ser respondido pelos pais e pelas crianças de 8 a 14 anos de idade. Ele inclui questões de caráter

inovador em relação aos instrumentos criados anteriormente citados, pois avaliam tanto os aspectos positivos quanto os aspectos negativos sobre a QVRSB.

No entanto, há uma escassez de informações sobre estes instrumentos acima na literatura, evidenciando a necessidade de novos testes das propriedades e confiabilidade, e também, validações dos mesmos.

Na literatura, encontramos contemporaneamente instrumentos já testados que se destinam a avaliar o impacto das doenças/desordens bucais na QVRSB de pré-escolares (MARTINS-JÚNIOR et al., 2012).

- Filstrup et al. (2003) fizeram uma escala de QVRSB para criança de Michigan (Michigan COHQoL Scale), em que examinaram o efeito da CPI na qualidade de vida de crianças entre 22-70 meses de idade, sendo que os autores obtiveram os relatos da própria criança (limitado a crianças entre 36-70 meses de idade) e dos pais sobre a QVRSB das crianças. As opções de respostas tanto para as crianças quanto para os pais eram apenas “sim” ou “não”. E, ainda, os autores avaliaram o grau de concordância e discordância destes relatos sobre os diversos aspectos da QVRSB que as crianças afirmaram. No entanto, a amostra deste estudo foi pequena e restrita ao âmbito clínico. Neste momento, também existe escassa evidência de que esta escala forneça avaliações válidas e confiáveis sobre a QVRSB de crianças.
- Pahel, Rozier e Slade (2007) desenvolveram a Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira infância (ECOHIS – Early Childhood Oral Health Impact Scale). Este instrumento foi criado nos Estados Unidos da América para avaliar o impacto das condições bucais e experiências de tratamentos dentários relacionados à experiência sobre QVRSB de crianças de 3 a 5 anos de idade e de seus pais ou outros membros da família. O questionário apresenta uma secção de impacto na criança e uma secção de impacto na família e também deve ser preenchido pelos responsáveis pelas crianças. O objetivo deste, quando criado, foi desenvolver um instrumento curto para ser respondido pelos pais/responsáveis pelas crianças e, também, para ser usado em levantamentos

epidemiológicos para discriminar a qualidade de vida de crianças com ou sem experiência de doença e/ou desordem bucal.

Do mesmo modo, estudos determinaram que o ECOHIS é válido para determinar o impacto da QVRSB em crianças de zero a cinco anos de idade e de suas famílias no Canadá (LI; VERONNEAU; ALLISON, 2008).

O ECOHIS foi adaptado transculturalmente e validado no Brasil, sendo utilizado para crianças pré-escolares de 2 a 5 anos de idade e considera experiências de doenças bucais e tratamentos dentários da vida inteira desses indivíduos (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008; ABANTO et al., 2011; ALDRIGUI et al., 2011; SCARPELLI et al., 2011; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012; VIEGAS et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013; VIEGAS et al., 2014). Este último também sofreu adaptação transcultural, para permitir a coleta de informações comparáveis em diferentes culturas, foi testado e validado entre crianças no Canadá (validado no idioma francês) (LI; VERONNEAU; ALLISON, 2008), na China (LEE; MCGRATH; YIU, 2009), no Irã (JABARIFAR et al., 2010), na Turquia (PEKER; UYSAL; BERMEK, 2011) e no Peru (RAMOS et al., 2013).

Além disso, no Brasil, considerando o baixo nível de estudos dos pais e/ou responsáveis (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008) e, ao mesmo tempo, devido o grupo etário atingido pelo questionário, o mesmo é realizado na forma de entrevista aos pais/responsáveis, diferentemente do ECOHIS criado nos EUA. Cabendo ressaltar que as crianças com até cinco anos de idade têm dificuldade em compreender princípios básicos de saúde, são incapazes de se expressarem adequadamente e tendem a dar respostas exageradas (REBOK, 2001).

## **2.3 Impacto das doenças e/ou desordens bucais**

### **2.3.1 Impacto da cárie dentária**

Durante a infância, a cárie dentária é considerada a doença bucal mais encontrada dentre todas que não são passíveis de terem regressão espontânea e nem de cura por intervenções farmacológicas de curto prazo (VARGAS; CRALL; SCHNEIDER, 1998; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

A Cárie Precoce na Infância (CPI) é uma das doenças bucais mais comuns entre crianças brasileiras na fase pré-escolar e sua prevalência tem sido relatada variando de 12% a 63,8% (DINI; HOLT; BEDI, 2000; BÖNECKER; MARCENES; SHEIHAM, 2002; OLIVEIRA; SHEIHAM; BÖNECKER, 2008; ALMEIDA et al., 2010).

Um dos problemas bucais mais prevalentes em vários países asiáticos e latino-americanos é a cárie dentária e, ao mesmo tempo parece ser menos comum e menos grave nos países africanos (SCARPELLI et al., 2011). A Organização Mundial da Saúde (2002) estima que 60% a 90% de todas as crianças escolares estão afetadas por esta doença. No Brasil, referindo-se às crianças na primeira infância, a CPI acomete 27% delas entre 18 a 36 meses de idade (ceod médio igual a 1,1), atingindo um percentual de 59,4% aos 5 anos de idade (ceod médio igual a 2,8) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Segundo o Ministério da Saúde (2012), aos 5 anos de idade o índice ceod é, em média, 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio de mais de 80% do componente *cariado*.

A dor é uma das principais consequências da cárie precoce, porém quando ocorre esta doença na infância, também pode interferir no crescimento corporal, podendo resultar em falha de crescimento, e ter efeito adverso no peso e altura da criança (ACS et al., 1992; CASAMASSINO, 2000). Alguns efeitos negativos da CPI são manifestados conforme a experiência cumulativa da doença, mostrando o efeito indireto dos sinais clínicos bucais sobre a qualidade de vida (OLIVEIRA; SHEIHAM; BÖNECKER, 2008; ABANTO, 2009).

O impacto negativo da CPI sobre a qualidade de vida das crianças se resume em: maior experiência de sensação de dor, dificuldade de mastigar, diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade em dormir, alteração no comportamento (irritabilidade e baixa autoestima), perda de dias de escola e/ou diminuição do rendimento escolar (AYHAN; SUSKSAN; YILDIRIM, 1996; ACS et al., 1999; ACS et al., 2001; FILSTRUP et al., 2003; FEITOSA; COLARES; PIKHAM, 2005; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007; OLIVEIRA; SHEIHAM; BÖNECKER, 2008; ABANTO, 2009; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012). E este mesmo impacto pode interferir no bem-estar de toda a família, pois é comum os pais se sentirem culpados e, às vezes,

precisarem faltar ao trabalho e terem despesas com tratamento odontológico da criança acometida (ANDERSON; DRUMMOND; THOMSON, 2004; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

Entretanto, como normalmente a saúde pública não oferece tratamento a crianças mais novas, a saúde bucal para essa faixa etária fica despercebida, deixando, muitas vezes, crianças sofrendo de dor crônica e desconforto por apresentarem cáries dentárias (LEE et al., 2010).

### 2.3.2 Impacto dos traumatismos dentários (TD)

As lesões traumáticas constituem uma experiência angustiante para a criança, podendo ter efeito sobre os níveis emocionais e psicológicos (DIAB; EIBADRAWY, 2000; ALDRIGUI et al., 2011). Além disso, os TD podem resultar em dor, perda de função, podem afetar, de maneira adversa, a oclusão e a estética que estão em desenvolvimento. Assim, acabam afetando negativamente a qualidade de vida dessas crianças acometidas (OLIVEIRA et al., 2007; GLENDOR, 2009; ALDRIGUI et al., 2011).

Atualmente, está ocorrendo um aumento do número de pesquisas referentes ao impacto dos TD na QVRSB de crianças e de seus familiares. Locker (2007) realizou um estudo com crianças em idade escolar e encontrou impacto negativo na QVRSV somente de crianças que apresentaram níveis mais graves para TD.

Mais recentemente, Viegas et al. (2012) executaram uma pesquisa com finalidade de avaliar o impacto dos TD na QVRSB de crianças pré-escolares e de suas famílias. Concluíram que crianças nas quais haviam ocorrido traumatismos dentários que eram percebidos pelos pais ou responsáveis, tiveram maior chance de relatar um impacto negativo na qualidade de vida e também, a prevalência de QVRSB das crianças e suas famílias foi de 49% e 35%, respectivamente. Em outro estudo, Viegas et al. (2014), relataram que a presença de traumatismos dentários não têm impacto na qualidade de vida das crianças ou de suas famílias. No entanto, o trauma alvéolo dental (avulsão) obteve associação com impacto negativo na QVRSB das crianças e de suas famílias.

Portanto, faz-se necessário maior número de pesquisas para melhor esclarecimento deste tipo de impacto na qualidade de vida.

### 2.3.3 Impacto das maloclusões dentárias

A etiologia das maloclusões é principalmente genética, porém sofre influências ambientais (VIG; FIELDS, 2000; PERES et al., 2007; HEIMER et al., 2008). Estudos sugerem que as maloclusões também são influenciadas por fatores comportamentais, tais como: ingestão de alimentos pastosos, infecções, respiração, perda prematura de dentes decíduos e hábitos de sucção não nutritiva (KILIARIDIS et al., 1985; PERES et al., 2002; CARVALHO et al., 2011).

Vários estudos investigaram a prevalência de maloclusões na dentição decídua em diferentes países e populações, variando sua prevalência de 26% a 87% no Brasil, Índia e Alemanha (FRAZÃO et al., 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; KATZ et al., 2004; STAHL; GRABOWSKI, 2004; DA SILVA FILHO et al., 2007; DHAR et al., 2007; GRABOWSKI et al., 2007; LEITE-CAVALCANTI et al., 2007; CARVALHO et al., 2011).

Carvalho et al. (2011) relataram que a maloclusão na dentição decídua está se tornando um problema significativo, devido a alta prevalência (46,2%), e também evidenciaram que as alterações mais prevalentes são a sobremordida acentuada (19,7%) e a mordida aberta anterior (7,9%).

De acordo com a gravidade de maloclusões em crianças escolares, O'Brien, Benson e Marshman (2007) observaram diferenças estatisticamente significativas nos domínios de bem-estar emocional e social. Do mesmo modo, em estudo anterior, foi encontrada evidente diferença nas médias dos escores dos domínios de bem-estar emocional e social, sendo que crianças com maloclusão muito grave obtiveram os escores mais altos (FOSTER-PAGE et al., 2005). Portanto, a dificuldade de sorrir devido à má posição dentária tem sido considerada um dos motivos de maior impacto na QVRSB de crianças (GHERUNPONG; TSAKOS; SHEIHAM, 2004b). Assim, uma intervenção precoce é indicada para prevenir o agravamento da má formação óssea e estimular um crescimento dental e esquelético equilibrado (CARVALHO et al., 2011).

## 2.4 Impacto dos fatores socioeconômicos

Existem alguns estudos relatando que os fatores socioeconômicos têm influência direta nas questões sobre impacto das variadas doenças e desordens na qualidade de vida de crianças e seus familiares (LOCKER, 2007; PAPPA et al., 2009; ABANTO et al., 2011; SCARPELLI et al., 2013).

Em uma pesquisa que avaliou o impacto das doenças e desordens da saúde bucal relacionado com a qualidade de vida de crianças pré-escolares, concluiu que o fator de alta renda familiar foi um fator de proteção para QVRSB (ABANTO et al., 2011). Do mesmo modo, Scarpelli et al. (2013), relataram que crianças pré-escolares de baixa renda familiar experimentaram maior impacto negativo sobre a QVRSB do que as famílias com alta renda, confirmando estudos realizados anteriormente que também discorreram sobre disparidades socioeconômicas que podem influenciar na QVRSB entre pré-escolares e escolares (LOCKER, 2007; WONG et al., 2011; ABANTO et al., 2012).

Pappa et al. (2009) demonstraram que os indivíduos socioeconomicamente menos favorecidos, por exemplo, com pais com de baixa escolaridade e também com baixa renda familiar, obtiveram uma diminuição característica na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Por isso, este é um tipo de pesquisa de fundamental importância no Brasil, uma vez que esse é um país caracterizado pelas intensas desigualdades socioeconômicas ao longo do seu território geográfico (SCARPELLI et al., 2013).

### **3 PROPOSIÇÃO**

Conhecer o impacto das doenças e desordens bucais, bem como das condições socioeconômicas, na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares com faixa etária entre 2 a 5 anos de idade e de seus pais na cidade de Alfenas/MG.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

A seguir descreve-se a metodologia deste estudo transversal:

### **4.1 Protocolo ético**

Após autorização da Secretaria Municipal de Educação de Alfenas/MG para o desenvolvimento da pesquisa nas creches e escolas urbanas do município (Anexo A), o presente estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas – Minas Gerais com o parecer aprovado nº 299.055 e CAAE 15473713.2.0000.5142 (Anexo B).

### **4.2 População de estudo**

De acordo com a Secretaria de Educação de Alfenas/MG, no ano de 2013 o município possuía 1883 alunos com faixa etária entre 2 a 5 anos matriculados em 16 creches da zona urbana: CEMEI “Dona Zinica”, CEMEI “Prof. Leco”, CEMEI “Catavento”, CEMEI “Gota de Amor”, CEMEI “Bem-te-vi”, CEMEI “Borboleta”, CEMEI “Beija-flor”, CEMEI “João de Barro”, CEMEI “Ipê Amarelo”, EMEI “Raios de Sol”, EMEI “Lago Azul”, EMEI “Bem Querer”, EMEI “Os Canarinhos”, GRAAL, Escola Municipal Tancredo Neves e Escola Municipal Tereza Paulino da Costa.

A partir desses dados, foi realizada a seleção da amostra no Programa R versão 3.0 (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2013) pelo modo de amostragem aleatório, estratificado por idade e por escola, com um intervalo de confiança de 95%, para obter uma inferência na amostra.

Com base nesses parâmetros pode-se estimar a amostra mínima de 321 crianças, 17% da população estudada, porcentagem necessária para ter representatividade segundo Muniz e Abreu (1999).

Considerando a possibilidade de perdas de dados, ou seja, em casos de não aceitação para participar da pesquisa por parte dos pais e/ou das crianças, pré-escolares que mudassem de escola, entre outros, sorteou-se uma amostra extra de 40 crianças, representando 12,46% da população.

Os critérios de inclusão, após o sorteio foram: crianças na faixa etária de 2 a 5 anos de idade com dentição decídua ou mista, de ambos os sexos, não submetidos a tratamento ortodôntico, com pais ou responsáveis fluentes no idioma português do Brasil e que tiveram sua participação aprovada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A). Cabe salientar que esse documento foi escrito em linguagem clara e de fácil entendimento, fornecendo informações sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos, riscos, desconfortos e benefícios, bem como garantia do anonimato e caráter sigiloso. Ademais, deixou-se explícito no TCLE que caso houvesse recusa de uma criança ou mesmo de um responsável pela mesma, não haveria prejuízo algum a esses indivíduos.

### **4.3 Coleta dos dados**

#### **4.3.1 Questionário de condições socioeconômicas**

Para conhecer as condições socioeconômicas aplicou-se aos pais das crianças um questionário (Apêndice B), baseado em Jarman (1983). O item “escolaridade” foi modificado de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, ABEP (2012). Foram pesquisados dados sobre o gênero (feminino ou masculino) e idade da criança (2, 3, 4 ou 5 anos de idade), com quem a criança mora (pai, mãe, avós, tio(a), entre outros), aglomeração familiar (número de pessoas por cômodo de domicílio, variável categorizada e contínua), casa própria (sim ou não), renda familiar mensal (variável contínua), bem como idade da mãe e idade do pai ( $\leq 30$  anos ou  $> 30$  anos), se estes trabalham fora de casa (sim ou não) e, por fim, a escolaridade dos pais (analfabeto, ensino infantil, ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior completo).

As entrevistas (Apêndice C) foram realizadas por um único entrevistador, treinado na leitura pausada e entonação constante de cada questão e clareza nas opções de resposta dos questionários para que não houvesse interferência.

#### 4.3.2 Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância (ECOHIS)

Para mensurar a QVRSB, utilizou-se o ECOHIS (Apêndice D) que avalia o impacto dos problemas de saúde bucal e experiências de tratamentos dentários relacionados à qualidade de vida de crianças pré-escolares com idade entre 2 a 5 anos e de suas famílias no Brasil (MARTINS-JÚNIOR et al., 2012).

Para avaliar a percepção dos pais sobre a QVRSB dos filhos, o questionário é composto por 13 questões e dividido em duas partes principais: a *secção de impacto infantil* composta por 9 questões subdividida em quatro domínios (*sintomas* – 01 questão; *limitações* – 04 questões; *psicológico* – 02 questões; *auto-imagem e interação social* – 02 questões) e também a *secção de impacto na família*, correspondente às 04 últimas questões divididas em 02 domínios (*angústia dos pais* – 02 questões; *função familiar* – 02 questões).

As respostas de cada questão do questionário ECOHIS foram categorizadas e codificadas de acordo com uma escala de Likert de cinco pontos simples, com respostas variando de “nunca” a “muito frequentemente”, ou seja, 0 = nunca; 1= quase nunca; 2 = às vezes; 3 = com frequência; 4 = com muita frequência; 5 = não sei. Os escores do ECOHIS, total e por domínios, foram calculados a partir da somatória dos códigos das respostas. A pontuação total varia de zero a 52 pontos, podendo haver no máximo 36 pontos para secção de impacto na criança e 16 para secção de impacto na família. Os escores mais altos denotam um maior impacto para saúde bucal e/ou mais pobres para QVRSB. As respostas “não sei” foram contabilizadas, porém também foram excluídas da somatória para o cálculo total e por domínios do ECOHIS de cada paciente. Questionários com mais de 02 questões não respondidas na secção de impacto infantil e 01 questão não respondida na secção de impacto na família foram excluídas da análise.

### 4.3.3 Critérios de avaliação clínica bucal da criança

As avaliações da CPI, TD e TMA (Apêndice E) foram realizadas nas próprias escolas ou nos centros de educação em ambiente com luz natural, uma vez que isso reflete diretamente em um exame clínico mais apurado e confiável (Apêndice F). Os instrumentais e materiais usados durante o exame intrabucal foram: espelho plano nº 05 e sonda periodontal que apresenta em sua ponta uma esfera de 0,5 mm de diâmetro e uma área demarcada em preto, situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta da esfera preconizada pela WHO (1997), devidamente autoclavados em envelopes individuais, gaze, guardanapos de papel, equipamentos de proteção individual descartáveis (luvas, máscaras e gorros), avental de proteção (jaleco) e recipiente para descarte de lixo. Todas as normas de biossegurança recomendadas pela WHO (1993) foram empregadas com o intuito de minimizar os riscos de contaminação.

#### 4.3.3.1 Avaliação da CPI

A CPI foi realizada de acordo com os critérios do WHO (1997) e calculado o índice de dentes decíduos cariados, extraídos devido à cárie e obturados (ceo-d). Posteriormente, o ceo-d foi categorizado de acordo com a gravidade da CPI, baseado nos escores previamente descritos: ceo-d 0=livre de cárie; ceo-d 1-5=baixa gravidade; ou ceo-d  $\geq 6$ =alta gravidade (HALLET; O'ROURKE, 2006).

#### 4.3.3.2 Avaliação dos TD

Os TD foram categorizados de acordo com a classificação de Andreasen e Andreasen (1994), a qual está baseada no sistema adotado pela OMS. Esta classificação inclui lesões dos tecidos dentários duros e da polpa (fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina, fratura coronária complicada); lesões dos tecidos dentários duro, da polpa e do processo alveolar (fratura coronoradicular,

fratura radicular, fratura alveolar) e lesões dos tecidos periodontais (subluxação, luxação intrusiva, luxação extrusiva, luxação lateral, avulsão). Seguindo a esta classificação, foi avaliada a presença/ausência de alteração de cor na coroa dentária (amarela ou acinzentada) por ser um sinal associado aos TD e comprometer a estética dental (ABANTO, 2009).

#### 4.3.3.3 Avaliação das maloclusões

Os critérios utilizados para diagnóstico da oclusão foram baseados no estudo de GRABOWSKI et al., 2007, sendo avaliadas a presença/ausência de sobremordida acentuada e mordida aberta anterior para categorização dos dois Tipos de Maloclusão Anterior (TMA), pois segundo Abanto (2009), estas são as formas mais comumente encontradas e com um maior comprometimento estético na idade pré-escolar.

Para Grabowski et al. (2007), o overbite foi considerado a sobreposição vertical dos incisivos quando os dentes posteriores estavam em oclusão e também foi considerado normal quando pelo menos um dos incisivos superiores estava sobreposto ao incisivo inferior em 2 mm. Então, a classificação de sobremordida acentuada foi caracterizada pelos dentes superiores sobrepondo mais de 2 mm a superfície vestibular dos incisivos inferiores (medido com régua plástica protegida com saquinhos de plástico tipo “chup-chup”) e a mordida aberta anterior foi considerada quando houve ausência de sobreposição vertical dos incisivos superiores sobre os incisivos inferiores. Também foi observada a presença de overjet ou sobressaliência, diagnosticado quando os incisivos superiores estavam a uma distância de 2 mm dos incisivos inferiores (GRABOWSKI et al., 2007; CARVALHO et al., 2011).

#### **4.4 Estudo Piloto**

O estudo piloto foi realizado em duas creches: CEMEI “Catavento” e CEMEI “João de Barro” com 15 pais ou responsáveis por crianças de 2 a 5 anos de idade, em ambas as escolas, para testar a metodologia do estudo e a compreensão dos instrumentos. Os dados sobre as crianças que participaram do estudo piloto não foram incluídos no estudo e os resultados demonstraram que as questões foram facilmente e corretamente compreendidas.

#### **4.5 Calibração**

A calibração intra-examinador para observar o índice ceod (Apêndice F) foi realizada no CEMEI “Dona Zinica”, com crianças de diferentes faixas etárias e condições clínicas. Os valores obtidos de concordância percentual e Kappa foram, respectivamente, 0,98 e 0,92. Para calibração de traumatismos dentários e tipos de maloclusão anterior, foram examinados 20 documentações ortodônticas, avaliando-se as fotos para TD e os modelos de estudo para TMA, obtendo valores Kappa para confiabilidade intra-examinador de 0,97 e 0,98, respectivamente.

#### **4.6 Análise dos dados**

Para a análise dos resultados, foram realizadas análises descritivas, através de uma planilha eletrônica do Programa Microsoft Excel 2010, de todas as doenças e desordens bucais estudadas, de todas as variáveis das condições socioeconômicas e dos escores totais e por secção de impacto do ECOHIS. Após testar a distribuição da normalidade dos valores pelo teste Shapiro Wilk, utilizou-se os testes estatísticos não paramétricos (Kruskal-Wallis e Mann-Whitney) e os testes paramétricos (ANOVA e t-Teste).

Também para correlacionar as doenças e desordens e as variáveis socioeconômicas com a QVRSB foi realizada regressão linear, utilizou-se ainda, o Coeficiente de correlação de Pearson e o Coeficiente de correlação de Spearman.

Todas as análises foram realizadas ao nível de 5% de significância com intervalo de confiança de 95% através dos softwares STATISTICA 11.0 e SIGMA PLOT 12.0.

## 5 RESULTADOS

De 1883 crianças matriculadas na rede de ensino infantil da cidade de Alfenas-MG, foram entrevistados 321(17% da população) pais e/ou responsáveis de crianças de 2 a 5 anos de idade sorteadas através da amostra aleatória estratificada por idade e por escola.

Foi necessário utilizar 29 crianças da amostra extra sorteada (72,5%), pois 24 pais/responsáveis pelas crianças não aceitaram participar da pesquisa e 5 crianças mudaram de escola. Nenhuma criança foi excluída por fazer tratamento ortodôntico.

Foram pesquisadas as seguintes escolas e centros educacionais:

- Cemei Borboleta = 6 crianças
- Cemei Ipê Amarelo = 21 crianças
- GRAAL = 15 crianças
- Cemei João de Barro = 25 crianças
- Emei Lago Azul = 12 crianças
- Cemei Gota de Amor = 8 crianças
- Cemei Bem te vi = 11 crianças
- Emei Raios de Sol = 37 crianças
- Emei Bem Querer = 28 crianças
- Emei Os Canarinhos = 23 crianças
- Cemei Catavento = 23 crianças
- Cemei Professor Leco = 17 crianças
- Escola Municipal Tereza Paulino da Costa = 16 crianças
- Cemei Beija-Flor = 14 crianças
- Cemei Dona Zinica = 39 crianças
- Escola Municipal Tancredo Neves = 26 crianças

## 5.1 Caracterização da amostra quanto às condições socioeconômicas

Do total de 321 crianças avaliadas, 146 (45,4%) eram do gênero feminino e 175 (54,6%) do gênero masculino. A maioria das crianças morava com os pais (72,3%) ou apenas com a mãe (19,0%) enquanto grande parte dos pais possuía casa própria (64,8%). As mães foram as maiores respondentes (78,5%), subseguindo pelo pai (13,4%).

A tabela 1 demonstra a distribuição numérica da amostra que participou do exame clínico intrabucal quanto à idade.

Tabela 1 – Distribuição da frequência absoluta das crianças da amostra por idade. Alfenas/MG, 2014.

<b>IDADE</b>	<b>NÚMERO DE CRIANÇAS</b>
2 ANOS	48
3 ANOS	61
4 ANOS	96
5 ANOS	116
<b>TOTAL</b>	<b>321</b>

Fonte: Da autora.

De acordo com a variável aglomeração (número de pessoas/número de cômodos na casa), a maioria das crianças vivia em ambientes sem aglomeração, ou seja, em ambientes mais espaçosos (61,0%), mas também houve crianças que moravam em ambientes com apenas 1 habitante por cômodo (37,0%) ou 2 habitantes/cômodo (2,0%).

A maior parte das crianças tinha mães com idade inferior ou igual a 30 anos (56,4%) e pais com idade superior a 30 anos (51,1%). Grande porcentagem dos pais eram casados (48,9%), no entanto, havia 16,2% de mães solteiras; 5,9% de mães separadas; 8,4% de pais solteiros e 2,2% de pais separados.

Na tabela 2 apresenta-se a distribuição da porcentagem de anos de estudo de ambos os pais:

Tabela 2 – Distribuição da frequência relativa da escolaridade dos pais das crianças. Alfenas/MG, 2014.

<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>MÃE (%)</b>	<b>PAI (%)</b>
<b>Analfabeto</b>	1,5	1,2
<b>Menos de 8 anos de estudo</b>	54,5	48,3
<b>Mais de 8 anos de estudo</b>	40,8	32,1
<b>Não sabe</b>	3,2	18,4
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: Da autora.

Quanto ao trabalho dos pais, ambos, em maioria, trabalhavam fora do lar, sendo caracterizado por 62,3% das mães e 76,9% dos pais. Dentre estes, 78,0% das mães e 96,4% dos pais trabalhavam fora do lar durante o dia todo.

Considerando que o salário mínimo quando foi realizada a coleta de dados era de R\$ 678,00 reais, a renda familiar mensal variou de R\$102,00 (0,15 salários) a R\$5.500,00 (8,11 salários) e a maioria das crianças que participou do estudo vive com renda familiar mensal de até 2 salários mínimos (60,1%) e apenas 2,5% das famílias vive com mais de 6 salários mínimos.

## **5.2 Caracterização da amostra quanto à presença das desordens e doenças bucais**

De acordo com os números sobre cárie precoce na infância, 147 (45,8%) das crianças eram livres de cárie e 174 (54,2%) apresentaram CPI e, dentre estas, 91 (52,3%) eram do gênero masculino. Ainda assim, dentre as crianças que apresentaram CPI, 127 (73,0%) possuíam CPI de baixa gravidade e 47 (27,0%) de alta gravidade. O índice ceod médio foi igual a 2,40 para a amostra pesquisada, sendo que as crianças de 2 anos de idade obtiveram um índice ceod igual a 1,34; as de 3 anos de idade, 2,38; as de 4 anos de idade, 2,81 e as de 5 anos de idade apresentaram índice ceod igual a 2,52.

Um total de 50 crianças (15,6%) apresentaram algum tipo de traumatismo dentário e, destes, 44 (88,0%) foram traumas do tecido duro e da polpa e 6 (12,0%)

foram lesões do tecido periodontal. O tipo de trauma mais frequente foi fratura de esmalte (80,0%). Já alteração de cor na coroa dentária (coloração amarelada ou acinzentada) esteve presente em 65 crianças (20,2%) e, na maior parte delas foi alteração do tipo amarelada (53,8%).

Quanto aos tipos de maloclusões anteriores, estiveram presentes em 173 (53,9%) crianças, e dentre estas, a mordida aberta anterior foi observada em 97 (30,2%) crianças, a sobremordida ou overbite em 39 (12,1%) crianças e o overjet ou sobressaliência horizontal em 37 (11,5%) crianças.

### 5.3 Resultado ECOHIS

Os valores totais do ECOHIS, indicando o impacto na qualidade de vida, foram demonstrados pela porcentagem através da somatória dos valores de “impacto” e “não impacto” nas secções de impacto na criança e impacto na família, por domínios, sendo apresentados na tabela 3:

Tabela 3 – Distribuição da frequência relativa das respostas dos pais/responsáveis de crianças de 2 a 5 anos de idade sobre ECOHIS. Alfenas/MG, 2014.

<b>SECÇÃO DE IMPACTO</b>	<b>Respostas de "não impacto"</b> (Nunca ou quase nunca)	<b>Respostas de "impacto"</b> (Às vezes, com frequência, com muita frequência)	<b>Respostas "não sei"</b>
<b>NA CRIANÇA</b>			
<i>Sua criança já teve dores nos dentes, na boca ou maxilares? (Domínio de Sintomas)</i>	66,04%	33,96%	0,00%
<i>Com que frequência sua criança já...devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? (Domínio de Limitações)</i>			
<i>Teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias</i>	83,18%	17,44%	0,62%
<i>Teve e dificuldades para comer certos alimentos</i>	77,25%	22,75%	0,00%

Continuação da Tabela 3

<i>Teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra</i>	90,03%	9,35%	0,62%
<i>Faltou à creche ou escola</i>	94,70%	5,30%	0,00%
Com que frequência sua criança já... devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? ( <b>Domínio de Aspectos Psicológicos</b> )			
<i>Teve dificuldade em dormir</i>	88,16%	11,84%	0,00%
<i>Ficou irritada</i>	76,95%	23,05%	0,00%
Com que frequência sua criança já... devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? ( <b>Domínio de Auto imagem e Interação social</b> )			
<i>Evitou sorrir ou rir</i>	99,38%	0,31%	0,31%
<i>Evitou falar</i>	95,32%	4,68%	0,00%
<b>NA FAMÍLIA</b>			
Com que frequência você ou outra pessoa da família já... devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? ( <b>Domínio de Angústia dos pais</b> )			
<i>Ficou aborrecida</i>	87,54%	12,15%	0,31%
<i>Sentiu-se culpada</i>	83,80%	16,20%	0,00%
Com que frequência...? ( <b>Domínio de Função familiar</b> )			
<i>Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problema com os dentes ou tratamentos dentários da sua criança</i>	94,17%	5,30%	0,00%
<i>Sua criança já teve problema com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família</i>	89,09%	10,91%	0,00%

Fonte: Da autora.

A maior pontuação obtida nos questionários foi 34 pontos para o ECOHIS total, 24 na seção de impacto na criança e 13 na seção de impacto na família. Também encontramos grande porcentagem (56,4%) de respostas indicando impacto na criança e 30,2% de impacto na família. Além disso, 60,4% dos entrevistados relataram algum impacto na QVRSB das crianças ou de suas famílias.

As respostas com maior impacto na *secção de impacto na criança* foram referentes à frequência com que a criança sentia dor nos dentes, na boca e nos maxilares; que a mesma tinha dificuldade para beber bebidas quentes ou frias e para comer certos alimentos e à frequência que a criança ficava irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários. Já na *secção de impacto na família*, as respostas com maior impacto foram a respeito com que frequência os responsáveis ficavam aborrecidos ou se sentiam culpados devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários das crianças.

### 5.3.1 Impacto da CPI, TD e TMA na QVRSB das crianças pré-escolares e de seus pais

Quando comparada a cárie precoce na infância com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças, obtivemos correlação ( $p < 0,0001$ ) com o ECOHIS, impacto nas crianças e impacto na família, através do Coeficiente de Correlação de Pearson (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição de valores de correlação entre o índice ceod X QVRSB. Alfenas/MG, 2014.

<b>ceod</b>	<b>ECOHIS</b>	<b>Impacto na criança</b>	<b>Impacto na família</b>
p-valor	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>
R	0,41	0,38	0,34

Fonte: Da autora.

Os gráficos 1, 2 e 3 representam a dispersão da amostra de acordo com ceod X QVRSB em três níveis (ECOHIS, impacto na criança, impacto na família):

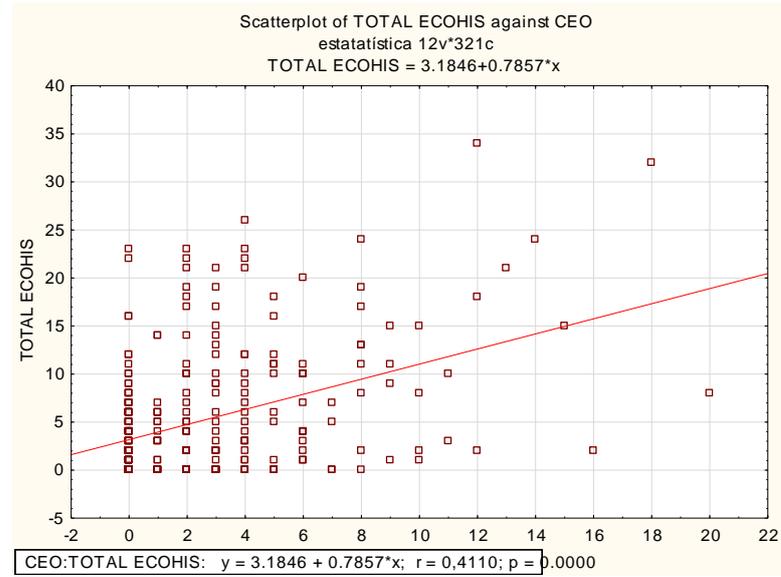


Gráfico 1 – Gráfico de dispersão do índice ceod X ECOHIS. Alfenas/MG, 2014.  
Fonte: Da autora.

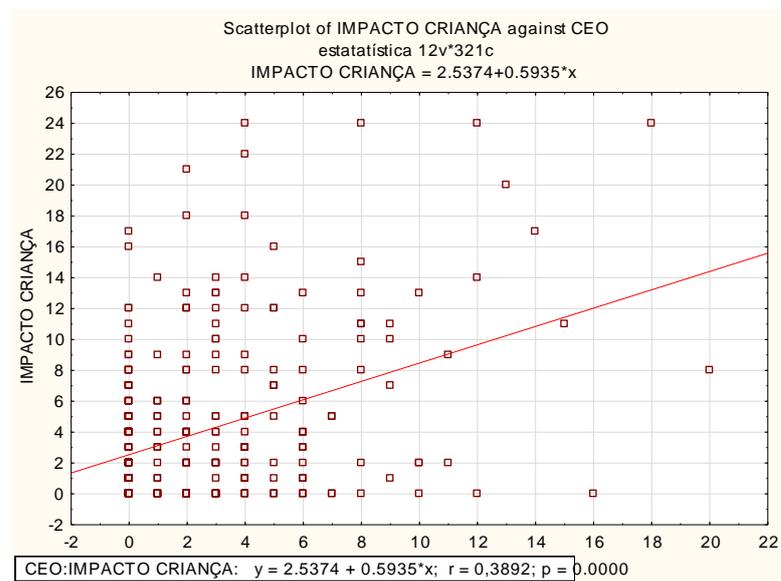


Gráfico 2 – Gráfico de dispersão do índice ceod X impacto na criança. Alfenas/MG, 2014.  
Fonte: Da autora.

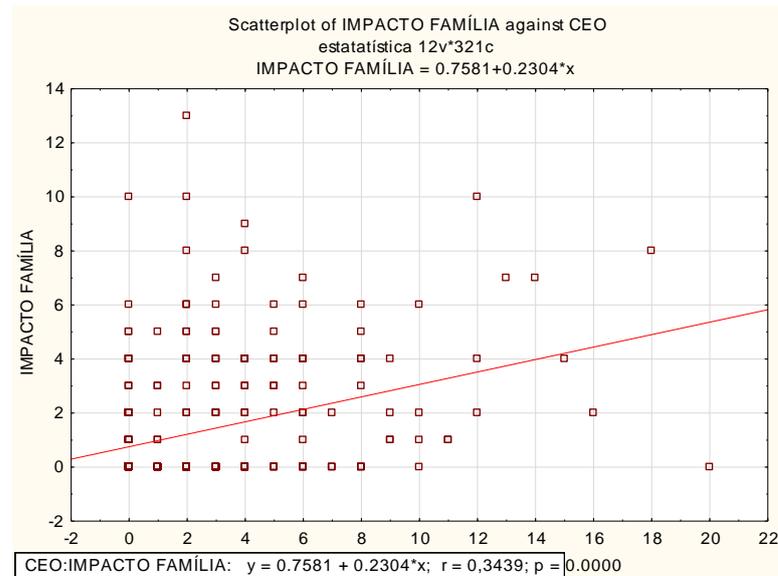


Gráfico 3 – Gráfico de dispersão do índice ceod X impacto na família. Alfenas/MG, 2014.  
Fonte: Da autora.

Então pode-se observar nos gráficos 1, 2 e 3 e na tabela 4 que quanto maior o índice ceod (cariados, perdidos e obturados decíduos) maior impacto causado na qualidade de vida relacionado à saúde bucal das crianças pré-escolares e de suas famílias. Também nos gráficos de dispersão acima, os “pontinhos” mais próximos da reta interpolatriz retratam uma correlação mais forte entre as variáveis.

A tabela 5 mostra o resultado da comparação entre as desordens bucais e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças e de seus familiares em relação ao ECOHIS, impacto na criança e impacto na família.

Tabela 5 – Distribuição da correlação entre as desordens bucais X QVRSB. Alfenas/MG, 2014.

Desordens bucais	ECOHS	Impacto na criança	Impacto na família
	p-valor n (%)	p-valor	p-valor
<b>TD</b>	0,662 ð	0,506 ð	0,841 ð
Presença	50 (16,6)		
Ausência	271 (84,4)		
<b>Tipos de trauma</b>	0,462 ð	0,412 ð	0,376 ð
Intrusão	3 (6)		
Subluxação	3 (6)		
Fratura de esmalte	40 (80)		
Fratura de	4 (8)		

Continuação da tabela 5

esmalte/dentina			
<b>Alteração de cor</b>	0,234 †	0,342 †	0,185 †
Presença	65 (20,2)		
Amarelada	35 (53,8)		
Acinzentada	30 (46,2)		
Ausência	256 (79,8)		
Crianças com trauma e presença de alteração de cor	0,595 †	0,445 †	0,565 †
<b>Maloclusão anterior</b>	0,619 †	0,192 †	0,259 †
Presença	173 (53,9)		
Ausência	148 (46,1)		
<b>Tipos de maloclusão anterior</b>	0,172 ð	0,286 ð	0,051 ð
Mordida aberta anterior	97 (56,7)		
Sobremordida	39 (21,9)		
Sobressaliência	37 (21,4)		

Fonte: Da autora.

ð Calculado pelo teste Kruskal-Wallis

† Calculado pelo teste Mann-Whitney

Dentre as desordens bucais, foi encontrada uma alta prevalência para a presença de TD, alteração de cor na coroa dentária e TMA. A fratura de esmalte foi o tipo de traumatismo mais frequente, enquanto que para os tipos de maloclusão anterior, a mordida aberta anterior obteve maior percentual. No entanto, os TD, os tipos de trauma, a alteração de cor na coroa dentária, a maloclusão anterior e os tipos de maloclusão anterior não apresentaram causar impacto na QVRSB dos pré-escolares e de suas famílias.

5.3.2 Impacto das condições socioeconômicas na QVRSB das crianças pré-escolares e de seus pais

As variáveis sobre as condições socioeconômicas das crianças também foram, com a qualidade de vida, relacionadas à saúde bucal das crianças e de suas famílias como demonstra a tabela 6:

Tabela 6 – Distribuição da correlação entre as condições socioeconômicas X QVRSB. Alfenas/MG, 2014.

<b>Condições socioeconômicas</b>	<b>ECOHS</b> p-valor	<b>Impacto na criança</b> p-valor	<b>Impacto na família</b> p-valor
<b>Gênero da criança</b> (feminino e masculino)	0,841 †	0,458 †	0,360 †
<b>Idade da criança</b> (2 anos, 3 anos, 4 anos, 5 anos)	0,116 ‡	0,508 ‡	<b>0,009 ‡</b> r = 0,14
<b>Mora com</b> (pais, mãe, pai, mãe e companheiro, pai e companheira, outros)	<b>0,020 ö</b>	<b>0,039 ö</b>	<b>0,018 ö</b>
<b>Casa própria</b> (sim ou não)	0,298 †	0,348 †	0,740 †
<b>Aglomeracão</b> (sem aglomeracão, 1 habitante/cômodo, 2 habitantes/cômodo)	0,558 ‡	0,812 ‡	0,105 ‡
<b>Idade mãe</b> (≤ 30 anos ou > 30 anos)	<b>0,005 †</b>	<b>0,013 †</b>	<b>0,038 †</b>
<b>Idade pai</b> (≤ 30 anos ou > 30 anos)	0,322 †	0,212 †	0,953 †
<b>Mãe trabalha fora do lar</b> (sim ou não)	0,156 †	0,339 †	0,231 †
<b>Pai trabalha fora do lar</b> (sim ou não)	0,588 †	0,388 †	0,746 †
<b>Escolaridade da mãe</b> (< 8 anos de ensino ou ≥ 8 anos de ensino)	<b>0,004 j</b> <b>r = -0,16</b>	<b>0,008 j</b> <b>r = -0,15</b>	<b>0,033 j</b> <b>r = -0,12</b>

Continua na próxima página

Continuação da Tabela 6

<b>Escolaridade do pai</b> ( $< 8$ anos de ensino ou $\geq 8$ anos de ensino)	0,068 †	0,097 †	0,133 †
<b>Estado civil da mãe</b> (solteira, casada, separada, outro)	0,059 ‡	0,068 ‡	0,102 ‡
<b>Estado civil do pai</b> (solteiro, casado, separado, outro)	0,351 ‡	0,672 ‡	<b>0,030 ‡</b>
<b>Renda familiar</b>	<b>0,004 †</b> <b>r = -0,16</b>	<b>0,007 †</b> <b>r = -0,14</b>	0,103 †

Fonte: Da autora.

‡ Calculado pelo teste Kruskal-Wallis

† Calculado pelo teste Mann-Whitney

‡ Coeficiente de correlação de Pearson

† Coeficiente de correlação de Spearman

Os fatores socioeconômicos que demonstraram causar impacto negativo na QRVSB das crianças e de seus familiares foram: a idade da criança; com quem a criança mora (mãe e seu companheiro); a idade (menor ou igual a 30 anos) e a escolaridade das mães (menor que 8 anos de estudo); o estado civil do pai (solteiro) e a renda mensal da família mais baixa.

Os gráficos 4 e 5 retratam os níveis de dispersão entre a renda familiar mensal em que vivem as crianças estudadas e o impacto na QVRSB (ECOHS, impacto na criança):

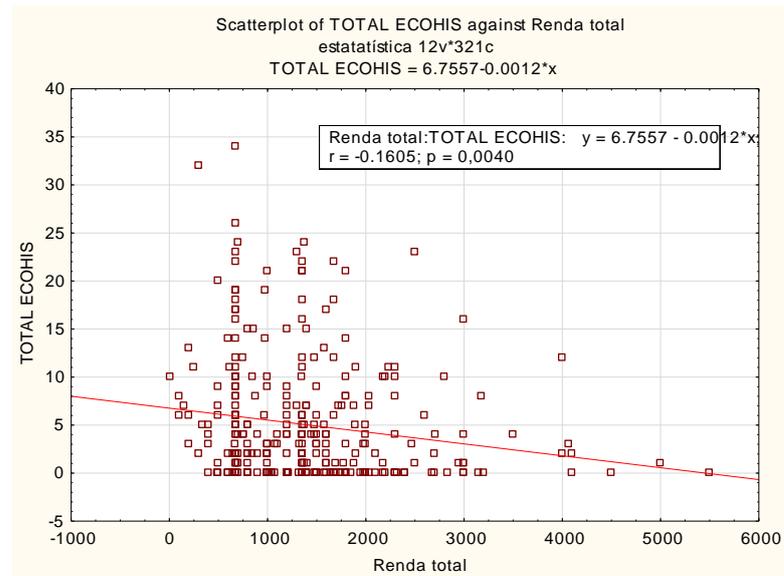


Gráfico 4 – Gráfico de dispersão da renda familiar X ECOHIS. Alfenas/MG, 2014.  
Fonte: Da autora.

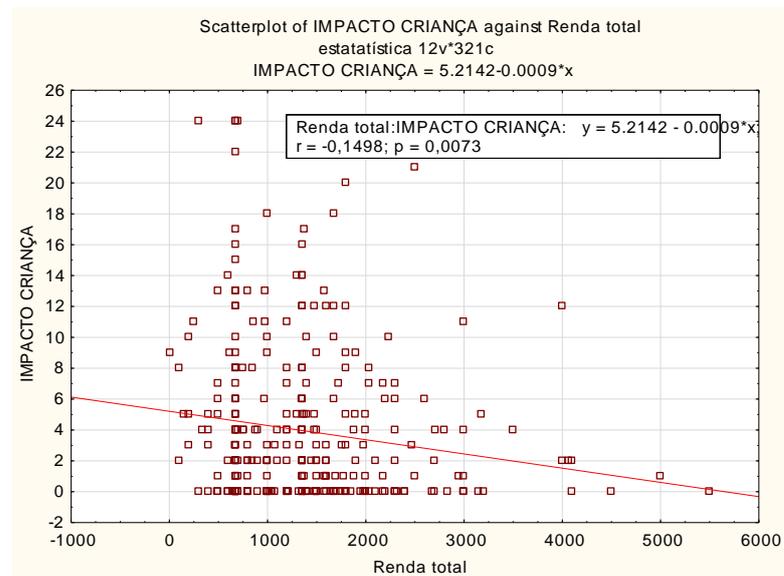


Gráfico 5 – Gráfico de dispersão da renda familiar X impacto na criança. Alfenas/MG, 2014.  
Fonte: Da autora.

Nos gráficos acima (4 e 5), os resultados evidenciaram que quanto maior a renda familiar, maior fator de proteção para qualidade de vida das crianças.

## 6 DISCUSSÃO

Recentemente, existe um maior número de estudos que avaliam a relação entre as desordens bucais e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007; LI; VERONNEAU; ALLISON, 2008; LEE; MCGRATH; YIU, 2009; JABARIFAR et al., 2010; ABANTO et al., 2011; ALDRIGUI et al., 2011; PEKER; UYSAL; BERMEK, 2011; ABANTO et al., 2012; PANI et al., 2012; VIEGAS et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013; KRAMER et al., 2013, RAMOS et al., 2013; VIEGAS et al., 2014). Por isso, o presente estudo procurou avaliar a associação entre a cárie precoce na infância, os traumatismos dentários e os tipos de maloclusão anterior e as condições socioeconômicas com a qualidade de vida de crianças da mesma faixa etária.

A maioria dos estudos foi realizada com amostras de conveniência (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007; ABANTO et al., 2011; ALDRIGUI et al., 2011; ABANTO et al., 2012; PANI et al., 2012). No entanto, estudos epidemiológicos, envolvendo uma população são essenciais para determinação de fatores de risco e distribuição de recursos humanos e financeiros para uma comunidade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013). Por isso, pesquisou-se o impacto das desordens bucais na qualidade de vida dentro do contexto do cotidiano das famílias, avaliando uma amostra com tamanho representativo para obter resultados mais precisos e uma maior capacidade de atender o objetivo do estudo.

A cárie precoce na infância é uma doença crônica mais comumente encontrada na infância (WONG et al., 2011; SCARPELLI et al., 2013). Para o Ministério de Saúde (2004), a idade da criança, em geral, é significativamente associada com a presença de lesões de cárie. Assim, as crianças logo experimentam a sensação de dor no dente, resultando em perda de dias laborais para os cuidadores que têm que ficar em casa com a criança e, ainda, ter despesa financeira com tratamento odontológico (WANDERA et al., 2009). Além disso, essas crianças podem apresentar dificuldade para se alimentar e, também, podem ter afetado o sono e o bem estar, alterando seu estado emocional devido ao distúrbio de saúde bucal (KIWANUKA; ASTRØMN, 2005; SCARPELLI et al., 2013).

Corroborando com estudos anteriores, na presente pesquisa foi encontrada pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças que apresentavam cárie dentária (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007; LEE et al., 2009; ABANTO et al., 2011; GRADELLA et al., 2011; WONG et al., 2011; ABANTO et al., 2012; CARVALHO et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013). Scarpelli et al. (2011), além de encontrarem diferença significativa entre a CPI e a QVRSB, descobriram que quanto maior a gravidade da cárie, maior impacto negativo na qualidade de vida. Talvez isso possa ser explicado, pois programas de saúde pública não atendem crianças mais novas e, muitas vezes, a saúde bucal neste grupo é negligenciada. Assim, a maior parte das crianças com cáries não tratadas sofre de dor crônica e desconforto (LEE et al., 2010; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012). Entretanto, Viegas et al. (2012), não observaram impacto da cárie dentária na QVRSB das crianças e de suas famílias.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) o índice ceod médio para crianças até 3 anos de idade é igual a 1,1, entretanto, no presente estudo foi encontrado valores de ceod mais altos para a mesma faixa etária, sendo 1,34 para crianças de 2 anos e de 2,38 para crianças de 3 anos. Para pré-escolares de 5 anos de idade também foi observado um índice ceod mais elevado (2,52) que o da média nacional (2,43) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Lesões de trauma dental ocorrem comumente em crianças com idade pré-escolar, uma vez que durante esse período a criança está aprendendo engatinhar, ficar de pé, andar e correr. Nesta fase, ainda ocorre o desenvolvimento dos reflexos e a falta de coordenação motora pode levar a quedas (JORGE et al., 2009; ALDRIGUI et al., 2011).

Segundo Kramer et al. (2003) e Oliveira et al. (2007), o percentual de traumatismos dentários aumenta proporcionalmente ao aumento da idade. Em contrapartida, os resultados desta pesquisa não identificaram tal associação, conforme foi relatado por Abanto et al. (2011). Também foi verificado que os TD ocorreram em maior número em meninos, embora não tenha sido observada associação significativa com a QVRSB, podendo talvez ser explicada pela baixa prevalência de traumatismos dentários.

Os traumatismos, em geral, não obtiveram associação com impactos negativos na QVRSB das crianças e de suas famílias, reafirmando outros estudos (ABANTO et al., 2011; GOETTEMES et al., 2011; ABANTO et al., 2012; CARVALHO

et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013; VIEGAS et al., 2014). Entretanto, Viegas et al. (2012), afirmaram que crianças nas quais havia ocorrido traumatismos dentários e os mesmos eram observados pelos pais, tiveram maior chance de relatar um impacto na qualidade de vida. Kramer et al. (2013) relataram que a presença de TD foi positivamente associada com QVRSB, nos domínios sintomas e função, inclusive a prevalência de qualquer impacto sobre QVRSB foi quase o dobro em crianças com TD. Viegas et al. (2014) concluíram que o trauma alvéolo dental (avulsão) obteve um impacto negativo na qualidade de vida das crianças. Ademais, Aldrigui et al. (2011), demonstraram que a presença de lesões traumáticas complicadas obteve associação com a pior qualidade de vida das crianças pré-escolares.

Estes trabalhos acima, complementam o de Locker (2007) que, avaliando crianças em idade escolar, encontrou resultados semelhantes aos desta pesquisa para TD com grau leve, contudo, para TD com lesões mais graves houve um impacto negativo na QVRSB.

No presente estudo, também não foi obtido impacto na QVRSB quando comparada à alteração de cor na coroa dentária, mesmo quando esta foi associada às crianças que apresentaram trauma. Isso pode ser explicado pela psicologia infantil, a qual retrata que a criança começa a fazer julgamentos sobre sua própria aparência a partir dos 6 anos de idade (HETHERINGTON; PARKE; LOCKE, 1999). Abanto (2009) encontrou relação significativa entre a alteração de cor e a QVRSB no domínio de auto-imagem e interação social, afirmando ainda que a alteração de cor em amarelada ou acinzentada pode produzir um impacto estético, constringendo a criança em sorrir e até mesmo falar. Scarpelli et al. (2011) também encontraram que a alteração da cor na coroa de dente anterior tem maior impacto na qualidade de vida.

Estudos recentes sugerem que a má oclusão e o tratamento ortodôntico podem desempenhar um papel importante na interação social e bem estar psicológico em adolescentes (LIU; MCGRATH; HAGG, 2009; PERES et al., 2009).

Avaliando-se os TMA (mordida aberta anterior, overbite e overjet), não foi encontrada associação com a qualidade de vida das crianças e de suas famílias, corroborando com os estudos de Marshman et al. (2005), Abanto et al. (2011), Aldrigui et al. (2011), Goettems et al. (2011), Carvalho et al. (2012), Viegas et al. (2012) e Scarpelli et al. (2013). Entretanto, a porcentagem de crianças com alguma maloclusão anterior se mostrou elevada e este fato pode ser entendido pela razão

de que crianças durante a infância possuem muitos hábitos de sucção não nutritivos (sucção de dedo, chupeta e uso prolongado de mamadeira) e muitas vezes, seus pais ou responsáveis não estão preocupados com estética, quiçá com mau posicionamento de dentes e esqueleto, desconhecendo também as consequências psicológicas, físicas, funcionais e financeiras que estes tipos de maloclusão podem desenvolver no decorrer dos anos. Contudo, Carvalho et al. (2011), encontraram uma prevalência de maloclusão de 46,2%, sendo 10,5% de sobressaliência ou overjet e 7,9% de mordida aberta anterior.

No entanto, Kramer et al. (2013), relataram que houve um impacto significativo da maloclusão na QVRSB de crianças pré-escolares, 42% maior quando comparadas às crianças com ausência de maloclusão, sendo este, o primeiro estudo que obteve essa relação com crianças em idade pré-escolar. Logo Foster-Page et al. (2005) e O'Brien et al. (2007) descreveram impacto significativo entre a má oclusão e a qualidade de vida em crianças com idade de 11-14 anos, pois afeta o bem estar psicológico, emocional e social.

O ECOHIS foi desenvolvido para ser utilizado em estudos epidemiológicos e, além disso, ele mostra informações válidas e confiáveis a respeito da QVRSB de crianças pré-escolares (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007; TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008; SCARPELLI et al., 2011; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012). Outra característica importante deste questionário é que ele retrata toda a experiência de doenças bucais e tratamentos dentários durante a vida da criança e, para tanto, ele é um instrumento composto por questões que avaliam a frequência com que as doenças bucais e tratamentos afetam a QVRSB da criança. No Brasil, estas questões são realizadas a partir de uma entrevista com os pais ou responsáveis pelos menores.

Neste estudo, grande parte dos entrevistados relatou alguma resposta com impacto, principalmente na seção de impacto na criança. As questões mais frequentes na *seção de impacto na criança* foram as com relação à dor, dificuldade para beber bebidas quentes ou frias, dificuldade para comer certos alimentos, dificuldade para dormir e irritabilidade, as quais são características e sintomas associados normalmente à CPI. Estas condições já eram esperadas, uma vez que a cárie precoce na infância foi a única desordem bucal que obteve um impacto negativo na QVRSB das crianças e de seus familiares.

Estas questões que tiveram uma alta frequência na seção impacto na criança também foram relatadas em outros trabalhos (ABANTO et al., 2011; SCARPELLI et al., 2011; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012; VIEGAS et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013). Viegas et al. (2014), encontraram maior prevalência de respostas nesta seção apenas para as questões sobre “dor” (22,0%) e “dificuldade em comer certos alimentos” (16,4%).

Segundo Gradella et al. (2011), a cárie dentária tem um impacto negativo na qualidade de vida das crianças, pois observaram uma relação direta com a questão da criança faltar à escola e ter vergonha de sorrir. Também relataram que as crianças com cárie severa sentiam-se tristes devido aos seus dentes quando comparados a crianças sem cárie. Corroborando Filstrup et al. (2003) e Feitosa, Colares, Pinkham (2005), que além desses impactos citados, disseram que as crianças ainda pararam de brincar com outras crianças por causa dos dentes.

Na *seção de impacto na família*, as respostas mais frequentes foram relacionadas à “sentir-se aborrecido” e “sentir-se culpado” pela desordem bucal na criança ou pela necessidade de tratamento da mesma. Barbosa & Gavião (2008) já haviam relatado que quanto mais grave a doença das crianças, maior relação entre pai e filhos, podendo ser explicado, às vezes, o maior sentimento de culpa e aborrecimento. Estas características reafirmam os trabalhos (ABANTO et al., 2011; ALDRIGUI et al., 2011; SCARPELLI et al., 2011; MARTINS-JÚNIOR et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013, VIEGAS et al., 2014). Para evitar esse sentimento de vergonha pelos pais devido às doenças e desordens presentes na saúde bucal de seus filhos, eles devem sempre estar conscientes da prevenção dos problemas bucais, antes do aparecimento de lesões desagradáveis (ABANTO et al., 2012). Esses sentimentos e desconforto dos pais são importantes, pois a preocupação com as crianças pode permitir melhora da condição bucal das mesmas e, assim, melhorar a QVRSB delas e seus familiares (TALENKAR et al., 2005; ABANTO et al., 2011).

Estudos anteriores já haviam afirmado que a CPI resulta em perda de dias laborais dos pais/responsáveis que precisam ficar em casa cuidando da criança e, muitas vezes, também necessitam gastar tempo e dinheiro com tratamentos odontológicos (GIFT; REISINE; LARACH, 2002; ANDERSON; DRUMMOND; THOMSON, 2004; WANDERA et al., 2009; ABANTO et al., 2011; ABANTO et al., 2012). No entanto, na presente pesquisa encontrou-se uma baixa frequência de

pais/responsáveis com estas características e, mesmo assim, houve um impacto negativo na QVRSB dos pais e da família.

Locker (2007) já havia encontrado que as condições socioeconômicas têm influência direta na QVRSB e estudos mais recentes confirmam esse achado (ABANTO et al., 2011; ABANTO et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013; VIEGAS et al., 2014). Em contrapartida, Viegas et al. (2012), não encontraram associação entre os TD e as condições socioeconômicas por eles analisadas. Piovesan et al. (2011) relataram que pais com nível socioeconômico mais baixo eram mais propensos a avaliarem a saúde bucal de seus filhos pior do que de outras crianças.

Este estudo encontrou algumas influências dos fatores socioeconômicos na QVRSB das crianças e de suas famílias. Avaliando-se o gênero da criança e a aglomeração familiar, não foi encontrada associação com a QVRSB. Da mesma maneira que Abanto (2009) e Abanto et al. (2011) apresentaram em seus trabalhos, que meninas mostraram um maior impacto negativo do que meninos e, também, quanto maior o número de pessoas por cômodo, maior impacto na QVRSB das crianças. Aldrigui et al. (2011) e Carvalho et al. (2011) encontraram praticamente a mesma porcentagem do gênero das crianças desta pesquisa. Viegas et al. (2012) não observaram relação significativa entre gênero da criança e número de pessoas por domicílio com QVRSB.

De acordo com Ministério da Saúde (2004), a prevalência de cárie dentária aumenta de acordo com a idade dentro da faixa etária estudada. Corroborando com a literatura, esta pesquisa também evidenciou que a idade das crianças teve relação significativa com a QVRSB delas e de suas famílias, ou melhor, quanto maior idade das crianças, maior impacto na qualidade de vida, reafirmando outras pesquisas (ABANTO et al., 2011; KRAMER et al., 2013). Entretanto Martins-Júnior et al. (2012), não encontraram associação entre idade e sexo da criança com qualidade de vida.

Outra condição que causou um impacto negativo na QVRSB das crianças e de suas famílias foi o fato da criança morar com a mãe e com o companheiro. Além disso, crianças que tinham pais separados também obtiveram maior impacto na qualidade de vida da família, sugerindo que a qualidade de vida da criança é afetada diretamente pelos relacionamentos de seus pais e, até o presente momento, acredita-se que esse seja o primeiro estudo a relatar este tipo de resultado.

As crianças que tinham mães com idade inferior a 30 anos foram mais sensíveis ao impacto na qualidade de vida, podendo haver um maior descuido ou

menor responsabilidade por parte das mães menos experientes. Entretanto, o fato das mães terem mais anos de estudo apresentou-se como um fator de proteção para a qualidade de vida das crianças, uma vez que mães mais cultas têm maior ciência dos problemas gerados pela falta de cuidados quanto à saúde bucal de seus filhos. Concordando com Abanto et al. (2011), Goettems et al. (2011), Wong et al. (2011) e Scarpelli et al. (2013), concluíram que pais mais jovens relataram maior impacto na qualidade de vida, contudo Kramer et al. (2013), não encontraram associação entre esses fatores.

A atividade de trabalho dos pais teve influência na qualidade de vida das crianças e de seus familiares no trabalho de ABANTO (2009). Porém, não foi encontrado qualquer impacto desta condição na qualidade de vida neste estudo.

Para Piovesan et al. (2011) os pais com renda mensal mais baixa, eram mais propensos a classificar como “piores” a saúde bucal de seus filhos. A renda familiar mensal, nesta pesquisa, também indicou um fator de proteção para qualidade de vida, ou seja, quanto maior a renda familiar, melhor a QVRSB das crianças e, do mesmo modo, para suas famílias. Esse achado ainda confirma o de outros estudos (LOCKER 2007; ABANTO et al., 2011; GOETTEMS et al., 2011; SCARPELLI et al., 2011; WONG et al., 2011; ABANTO et al., 2012; VIEGAS et al., 2012; SCARPELLI et al., 2013). No entanto, Kramer et al (2013) não obtiveram relação significativa entre a renda salarial e QVRSB.

Este tipo de estudo, avaliando a QVRSB de crianças pré-escolares, é de fundamental importância em qualquer parte do Brasil, pois os dados obtidos fornecem realidades de diversas populações, auxiliando políticas públicas a planejarem estratégias em serviços de saúde bucal, havendo a possibilidade de tratamentos precoces e condições humanizadas de saúde para todos indivíduos. Também é essencial a percepção dos pais ou responsáveis sobre a condição da saúde bucal de seus filhos, pois pode influenciar em uma melhor qualidade de vida às crianças, evitando as desordens e doenças bucais, melhorando as relações sociais e psicológicas das mesmas.

Avaliar a QVRSB irá melhorar a nossa compreensão da relação entre saúde bucal e saúde geral e, ainda, demonstrar aos pesquisadores e profissionais que a melhoria da qualidade do bem estar do paciente está além de simplesmente tratar doenças dentárias e desordens.

Seria interessante avaliar a sensibilidade e a capacidade das respostas em um estudo longitudinal com finalidade de poder realizar comparações válidas numa mesma população e avaliar a eficácia das intervenções de saúde bucal.

## CONCLUSÕES

Pode-se concluir após o decorrer do estudo que:

- As crianças com CPI grave têm um impacto negativo nas QVRSB e de suas famílias;
- Os TD, TMA e alteração de cor na coroa dentária não obtiveram associação significativa com QVRSB;
- A idade da criança, as mães mais jovens, o estado civil (separado) do pai e as crianças que moram com a mãe e seu companheiro, de forma geral, têm um impacto negativo na QVRSB das crianças pré-escolares e de suas famílias;
- O maior nível de escolaridade das mães e a renda familiar mensal mais elevada são considerados fatores de proteção para QVRSB;
- As demais variáveis das condições socioeconômicas não obtiveram associação com QVRSB das crianças e de seus familiares.

## REFERÊNCIAS

- ABANTO, J. **Impacto das doenças e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais.** 2009. 93f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia, USP, São Paulo, 2009.
- ABANTO, J. et al. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 39, n. 2, p. 105–111, 2011.
- ABANTO, J. et al. The impact of dental caries and trauma in children on Family quality of life. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 40, n. 4, p. 323-331, 2012.
- ACS, G. et al. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. **Pediatr Dent.**, v. 14, n. 5, p. 302-305, 1992.
- ACS, G. et al. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. **Pediatr Dent.**, v. 21, n. 2, p. 109-113, 1999.
- ACS, G. et al. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. **Pediatr Dent.**, v. 23, n. 5, p. 419-423, 2001.
- ALDRIGUI, J. M. et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. **Health Qual. Life Outcomes**, v. 24, n. 9, p. 78-84, 2011.
- ALMEIDA, T. F. et al. Ocorrência de cárie dentária e fatores associados em crianças de 24 a 60 meses residentes em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, em Salvador-BA, 2008. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 39, n. 6, p. 355-362, 2010.
- ANDERSON, H. K.; DRUMMOND, B. K.; THOMSON, W. M. Changes in aspects of children's oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. **Int. J. Paediatr Dent.**, v. 14, n. 5, p. 317-325, 2004.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. **Classification, etiology and epidemiology textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. 3. ed. Copenhagen: Munksgaard, 1994.

ANTUNES, J. L.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 260-268.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **ABEP: Critério Padrão de Classificação Econômica 2008**. São Paulo, jun. 2012. Disponível em: <<http://cmicro.fgv.br/sites/cmicro.fgv.br/files/file/CCEB%20FGV%20%2825-6-2012%29.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2014.

AYHAN, H., SUSKAN, E., YILDIRIM, S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. **J. Clin. Pediatr Dent.**, v. 20, n. 3, p. 209-212, 1996.

BARBOSA, T. S.; GAVIÃO, M. B. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. **Int J. Dent Hyg.**, v. 6, n. 2, p. 108-113, 2008.

BEE, H. **Lifespan development**. New York: Addison Wesley Longman, 1998.

BÖNECKER, M.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. **Int. J. Paediatr Dent.**, v. 12, n. 3, p. 183-188, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais**. Brasília, 2004. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. **SB BRASIL 2010: pesquisa nacional de saúde bucal. Resultados Principais**. Brasília, 2012. 118 p.

BRODER, H. L. et al. Reliability and validity of the Child Oral Health Impact Profile. **J. Dent. Res.**, v. 83, n. 1, (Special Issue ) p. 2652, 2005.

CASAMASSINO, P. S. Relationships between oral and systemic health. **Pediatr Clin. North Am.**, v. 47, n. 5, p. 1149-1157, 2000.

CARVALHO, A. C. et al. Prevalence of malocclusion in primary dentition in a population-based sample of Brazilian preschool children. **Eur. J. of Paediatr Dent.**, v. 12, n. 2, p. 107-111, 2011.

CARVALHO, T. S. et al. Association between parental guilt and oral health problems in preschool children. **Braz. Oral Res.**, v. 26, n. 6, p. 557-563, 2012.

CHEVITARESE, A. B.; DELLA VALLE, D.; MOREIRA, T. C. Prevalence of malocclusion in 4-6 year old Brazilian children. **J. Clin. Pediatr Dent.**, v. 27, n. 1, p. 81-85, 2002.

COHEN, I.; JAGO, J. Toward the formulation of socio-dental indicators. **Int. J. Health Serv.**, v. 6, n. 4, p. 681-698, 1976.

CORRÊA, M. S. N. P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico – aspectos psicológicos**. São Paulo: Santos, 2002.

DA SILVA FILHO, O. G.; SANTAMARIA, M. JR.; CAPELOZZA FILHO, L. Epidemiology of posterior crossbite in the primary dentition. **J. Clin. Pediatr Dent.**, v. 32, n. 1, p. 73-78, 2007.

DHAR, V. et al. Prevalence of gingival diseases, malocclusion and fluorosis in school-going children of rural areas in Udaipur district. **J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.**, v. 25, n. 2, p. 103-105, 2007.

DIAB, M.; ELBADRAWY, H. E. Intrusion injuries of primary incisors. Part I: Review and management. **Quintessence Int.**, v. 31, n. 5, p. 327-334, 2000.

DINI, E.L.; HOLT, R. D.; BEDI, R. Caries and its association with infant feeding and oral health related behaviours in 3-4-year old Brazilian children. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 28, n. 4, p. 241-248, 2000.

DO, L.G.; SPENCER, A. Oral health-related quality of life of children by dental caries and fluorosis experience. **J. Public Health Dent.**, v. 67, n. 4, p. 132-139, 2007.

EDELSTEIN, B. L. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. **Ambul. Pediatr.**, v. 2, n. 2, p. 41-47, 2002.

FEITOSA, S.; COLARES, V.; PINKHAM, J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old Brazilian children in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1550-1556, 2005.

FELDENS, C. A. et al. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 38, n. 4, p. 324-332, 2010.

FILSTRUP, S. L. et al. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. **Pediatr Dent.**, v. 25, n. 5, p. 431-440, 2003.

FOSTER-PAGE, L. A. et al. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14). **J. Dent. Res.**, v. 84, n. 7, p. 649-652, 2005.

FRAZAO, P. et al. Malocclusion prevalence in the deciduous and permanent dentition of schoolchildren in the city of São Paulo, Brazil, 1996. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1197-1205, 2002.

GIFT, H. C.; REISINE, S. T.; LARACH, D. C. The social impact of dental problems and visits. **Am. J. Public Health**, v. 82, n. 12, p. 1663-1668, 1992.

GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children: the CHILD-OIDP. **Community Dent. Health**, v. 21, n. 2, p. 161-169, 2004a.

GHERUNPONG, S.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. **Health Qual. Life Outcomes**, v. 12, n. 2, p. 57, 2004b.

GHERUNPONG, S.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. **Bull World Health**, v. 84, n. 1, p. 36-42, 2006.

GLENDOR, U. L. F. Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries - a review of the literature. **Dent. Traumatol.**, v. 25, n. 1, p. 19-31, 2009.

GOETTEMS, M. L. et al. Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. **Qual. Life Res.**, v. 20, n. 6, p. 951-959, 2011.

GRABOWSKI, R. et al. Relationship between occlusal findings and orofacial myofunctional status in primary and mixed dentition. Part I: Prevalence of malocclusions. **J. Orofac. Orthop.**, v. 68, n. 1, p. 26-37, 2007.

GRADELLA, C. M. F. et al. Caries prevalence and severity, and quality of life in Brazilian 2- to 4-year-old children. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 39, n. 6, p. 498-504, 2011.

GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I. C. C.; OLIVEIRA, A. L. S. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para Bebês. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, v. 6, n. 29, p. 83-86, 2003.

HALLET, K. B.; O'ROURKE, P. K. Pattern and severity of early childhood caries. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 34, n. 1, p. 25-35, 2006.

HEIMER, M. V. et al. Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. **Eur. J. Orthod.**, v. 30, n. 6, p. 580-585, 2008.

HETHERINGTON, E.M.; PARKE, R.D.; LOCKE, V. O. **Child psychology: a contemporary viewpoint**. New York: The McGraw-Hill Companies, 1999.

JABARIFAR, S. E. et al. Validation of a Farsi version of the early childhood oral health impact scale (F-ECOHIS). **BMC Oral Health**, v. 10, n. 1, p. 4, 2010.

JARMAN, B. Identification of under privileged áreas. **Br. Med. J.**, v. 286, n. 6379, p. 1705-1709; 1983.

JOHAL, A.; CHEUNG, M. Y.; MARCENE, W. The impact of two diferente malocclusion traits on quality of life. **Br. Dent. J.**, v. 202, n. 2, E2, 2007.

JORGE, K. O. et al. Prevalence and factors associated to dental trauma in infants 1-3 years of age. **Dent. Traumatol.**, v. 25, n. 2, p. 185-189, 2009.

JOKOVIC, A. et al. Validity and reliability of a Questionnaire for Measuring Child Oral-health related Quality of Life. **J. Dent. Res.**, v. 81, n. 7, p. 459-463, 2002.

JOKOVIC, A. et al. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. **Pediatr Dent.**, v. 26, n. 6, p. 512-518, 2004.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. **Health Qual Life Outcomes**, v. 19, n. 4, p. 4, 2006.

KATZ, C.R.; ROSENBLATT, A.; GONDIM, P. P. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. **Am. J. Orthod Dentofacial Orthop.**, v. 126, n. 1, p. 53-57, 2004.

KRAMER, P. F. et al. Traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. **Dent. Traumatol.**, v. 19, n. 6, p. 299-303, 2003.

KRAMER, P. F. et al. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 41, n. 4, p. 327–335, 2013.

KIWANUKA, S. N.; ASTRØMN, A. N. Self reported dental pain and associated factors in Ugandan schoolchildren. **Nor. Epidemiol.**, v. 15, n. 2, p. 175–182, 2005.

KILIARIDIS, S.; ENGSTRÖM, C.; THILANDER, B. The relationship between masticatory function and craniofacial morphology. I. A cephalometric longitudinal

analysis in the growing rats fed a soft diet. **Eur. J. Orthod.**, v. 7, n. 4, p. 273- 283, 1985.

LEE, G.H. M. et al. Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Int. J. Paediatr Dent.**, v. 19, n. 6, p. 399-405, 2009.

LEE, G. H. et al. A comparison of a generic and oral health-specific measure in assessing the impact of early childhood caries on quality of life. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 38, n. 4, p. 333-339, 2010.

LEITE-CAVALCANTI, A.; MEDEIROS-BEZERRA, P. K.; MOURA, C. Breast-feeding, bottle-feeding, sucking habits and malocclusion in Brazilian preschool children. **Rev. Salud Publica**, v. 9, n. 2, p. 194-204, 2007.

LI, S.; VERONNEAU, J.; ALLISON, P. J. Validation of a French language version of an oral health impact questionnaire for infants: the ECOHIS. **Health Qual of Life Outcomes**, v. 22, n. 6, p. 9-16, 2008.

LI, Y.; WANG, W. Predicting caries in permanente teeth from caries in primary teeth: na eight-year cohort study. **J. Dent. Res.**, v. 81, n. 8, p. 561-566, 2002.

LIU, Z.; MCGRATH, C.; HAGG, U. The impact of malocclusion/orthodontic treatment need on the quality of life – a systematic review. **Angle Orthod.**, v. 79, n. 3, p. 585–591, 2009.

LOCKER, D. **An introduction to behavioural science e dentistry**. London: Tavistock, 1989.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A. Three-year changes in selfperceived oral health status in an older Canadian population. **J. Dent. Res.**, v. 76, n. 6, p. 1292-1297, 1997.

LOCKER, D. et al. Family impact of child oral and oro-facial conditions. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, n. 30, n. 6, p. 438-448, 2002.

LOCKER, D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 35, n. 5, p. 348-356, 2007.

McGRATH, C.; BRODER, H.; WILSON-GEDERSON, M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 32, n. 2, p. 81-85, 2004.

MACKNIN, M.L. et al. Symptoms associated with infant teething: a prospective study. **Pediatrics**, v. 105, n. 4, p. 747-752, 2000.

MARQUES, L. S. et al. Malocclusion: estetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, v. 129, n. 3, p. 424-427, 2006.

MARSHMAN, Z. et al. Na evaluation of the Child Perceptions Questionnaire in the UK. **Community Dent. Health**, v. 22, n. 3, p. 151-155, 2005.

MARTINS-JÚNIOR, P. A. et. al. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 367-374, 2012.

MOURA-LEITE, F. R. et al. Prevalence, intensity and impact of dental pain in 5-year-old preschool children. **Oral Health Prev. Dent.**, v. 6, n. 4, p. 295-301, 2008.

MINAYO, M.C.; HARTZ, Z.M.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MUNIZ, J. A.; ABREU, A. R. **Técnicas de Amostragem**. Falpe, 1999. 100 p.

NICOLAU, B.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. The relationship between traumatic dental injuries and adolescent's development along the life course. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 31, n. 4, p. 306-313, 2003.

NIKIAS, M. Oral disease and quality of life. **Am. J. Public Health**, v. 75, n. 1, p. 11-12, 1985.

O'BRIEN, C.; BENSON, P. E.; MARSHMAN, Z. Evaluation of a quality of life measure for children with malocclusion. **J. Orthod.**, v. 34, n. 3, p. 185-193, 2007.

OLIVEIRA, L. B. et al. Traumatic dental injuries and associated factors among Brazilian preschool children. **Dent. Traumatol.**, v. 23, n. 2, p. 76-81, 2007.

OLIVEIRA, L. B.; SHEIHAM, A.; BÖNECKER, M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. **Eur. J. Oral Sci.**, v. 116, n. 1, p. 37-43, 2008.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hypertension in Brazil: estimates from population-based prevalence studies. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PAHEL, B. T.; ROZIER, R. G.; SLADE, G. D. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Health Qual. Life Outcomes**, v. 30, n. 5, p. 6-16, 2007.

PAL, D. K. Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 50, n. 4, p. 391-396, 1996.

PANI, S. C. et al. Differences in perceptions of early childhood oral health-related quality of life between fathers and mothers in "Saudi Arabia". **Int. J. of Paediatr Dent.**, v. 22, n. 4, p. 244-249, 2012.

PAPPA, E. et al. Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. **Int. J. Public Health**, v. 54, n. 4, p. 241-249, 2009.

PEKER, K.; UYSAL, O.; BERMEK, G. Cross-cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale among 5-6-year-old children. **Health Qual. Life Outcomes**, v. 9, n. 1, p. 118-129, 2011.

PERES, K. G.; TRAEBERT, E. S.; MARCENES, W. Differences between normative criteria and self-perception in the assessment of malocclusion. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 230-236, 2002.

PERES, K. G. et al. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 343-350, 2007.

PERES, K. G. et al. Social and dental status along the life course and health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. **Health Qual. Life Outcomes**, v. 22, n. 7, p. 95-105, 2009.

PETERSEN, P. E. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 31, suppl 1, p. 3-23, 2003.

PIOVESAN, C. et al. Oral health-related quality of life in children: Conceptual issues. **Rev. Odonto Ciênc.**, v. 24, n. 1, p. 81-85, 2009.

PIOVESAN, C. et al. Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 39, n. 3, p. 260–267, 2011.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2013. Disponível em: <<http://www.R-project.org>>. Acesso em: 24 maio 2014.

RAMOS, L. et al. Cross cultural adaptation and validation of the Early Childhood Health Impact Scale (ECOHIS) in Peruvian preschoolers. **Acta Odontol. Latinoam.**, v. 26, n. 2, p. 60-67, 2013.

REBOK, G. et al. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. **Qual. Life Res.**, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2001.

ROBSON, F. et al. Prevalence and determining factors of traumatic injuries to primary teeth in preschool children. **Dent. Traumatol.**, v. 25, n. 1, p. 118-122, 2009.

SCARPELLI, A. C. et. al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). **BMC Oral Health**, v. 11, n. 1, p. 19-30, 2011.

SCARPELLI, A. C. et al. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 41, n. 4, p. 336-344, 2013.

SEIDL, E. M.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SLADE, G. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, **Dental Ecology**, 1997.

SLADE G. D. Conference summary: assessing oral health outcomes – measuring health status and quality of life. **Community Dent. Health**, v. 15, n. 1, p. 3-7, 1998.

SMITH, J. M.; SHEIHAM, A. How dental conditions handicap the elderly. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 7, n. 6, p. 305-310, 1979.

STAHL, F.; GRABOWSKI, R. Malocclusion and caries prevalence: is there a connection in the primary and mixed dentitions? **Clin. Oral Investig.**, v. 8, n. 2, p. 86-90, 2004.

TALENKAR, B. S. et al. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 136, n. 3, p. 364-372, 2005.

TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEÃO, A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality life: conceptual and methodological issues. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2555-2564, 2007.

TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEÃO, A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1897-1909, 2008.

VARGAS, C. M.; CRALL, J. J.; SCHNEIDER, D. A. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1998-1994. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 129, n. 9, p. 1229-1238, 1998.

VIEGAS, C. M. et al. Predisposing factors for traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. **Eur. J. Paediatr Dent**, v. 11, n. 2, p. 59-65, 2010.

VIEGAS, C. M. et al. Impact of traumatic dental injury on quality of life among Brazilian preschool children and their families. **Pediatric Dentistry**, v. 34, n. 4, p. 300-306, 2012.

VIEGAS, C. M. et al. Influence of traumatic dental injury on quality of life of Brazilian preschool children and their families. **Dent. Traumatol.**, doi: 10.1111/edt.12091, 2014.

VIG, K. W.; FIELDS, H. W. Facial growth and management of orthodontic problems. **Pediatr. Clin. North Am.**, v. 47, n. 5, p. 1085-1123, 2000.

WALLANDER, J. L.; SCHMITT, M.; KOOT, H. M. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. **J. Clin. Psychol.**, v. 57, n. 4, p. 571-585, 2001.

WANDERA, M. et al. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: a study of 6- to 36-month-olds in Uganda. **Int. J. Paediatr Dent.**, v. 19, n. 4, p. 251-262, 2009.

WONG, H. M. et al. Oral health-related quality of life in Hong Kong preschool children. **Caries Res.**, v. 45, n. 4, p. 370-376, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Official records of the World Health Organization**. Geneva, 1948. 100 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oral health surveys: basics methods**. 4. ed. Geneva, 1997. 70 p.

## ANEXO A – Autorização da Prefeitura Municipal de Alfenas/MG para execução da pesquisa



**SECRETARIA MUNICIPAL DE  
EDUCAÇÃO E CULTURA DE ALFENAS**  
CNPJ / MF - 18.243.220/0001-01

Av. Dr. Lincoln Westin da Silveira, 2131 – Centro.  
CEP 37.130-000 - Alfenas (MG)  
Fone/Fax: (35) 3698-1740/ 1742/ 1744  
E-Mail: secretaria.educacaoecultura@alfenas.mg.gov.br  
Internet: <http://www.alfenas.mg.gov.br/>



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Josy dos Santos de Oliveira, RG MG 13394441, cirurgiã-dentista, CROMG 37812, residente à Rua Treze de Maio, nº 871, Alfenas/MG ; Mestranda pela Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL, em Ciências Odontológicas, está desenvolvendo uma pesquisa com alunos da Educação infantil na faixa etária de 2 a 5 anos de idade, e está autorizada pela Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Alfenas, a desenvolver parte de sua pesquisa para dissertação nessa Unidade Escolar, durante o ano corrente ou até que se conclua a mesma.

Att.

DECLARAÇÃO

Alfenas, 03 de abril 2013.

**Saulo Rocha Leite**  
Chefe de Gabinete  
Secretaria Mus. de Educação e Cultura

Saulo Rocha Leite  
Chefe de Gabinete

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMPACTO DAS DOENÇAS E DESORDENS BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES E DE SEUS PAIS EM ALFENAS/MG

**Pesquisador:** Josy Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 15473713.2.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 299.055

**Data da Relatoria:** 02/07/2013

#### Apresentação do Projeto:

A saúde bucal exerce uma função importante na vida desde a infância até a fase adulta, interferindo no seu bem-estar geral e emocional. Conceitos contemporâneos de saúde sugerem que a saúde bucal seja definida em termos de bem-estar físico, psicológico e social em relação ao estado bucal (GHERUNPONG; SHEIHAM; TSAKOS, 2006). Por isso, ao relatar sobre saúde bucal, reflete-se sobre a qualidade de vida e a inclusão de fatores antes não considerados, como: sintomas bucais, limitações funcionais, bem-estar social e emocional.

#### Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o impacto das doenças e desordens bucais, bem como a influência das condições socioeconômicas na QVRSB de crianças pré-escolares e de seus pais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios estarão associados a conscientização dos pais e/ou responsáveis, e uma maior sensibilização destes a fim de se prevenir e controlar problemas de saúde bucal das crianças e das próprias famílias, e que os mesmos se tornem verdadeiros agentes multiplicadores de informação. Além disso, também é esperado que haja incorporação de hábitos positivos para a família quanto

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Contribuição do Parecer: 209.065

à higienização bucal, tipos de alimentação adequada, remoção de hábitos indesejáveis relacionados à saúde geral do indivíduo e conhecimentos preventivos à respeito de traumatismos dentários e maloclusão. Não há riscos para os envolvidos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Após sua conclusão, disponibilizará informações relevantes sobre a condição bucal das crianças de 2 a 5 anos, da rede pública do município.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais e critério do CEP:**

O CEP acata o parecer do relator.

ALFENAS, 10 de Junho de 2013

Assinador por:

**Maria Betânia Tinti de Andrade**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: Centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: [comho.edca@unfal-mg.edu.br](mailto:comho.edca@unfal-mg.edu.br)

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000

Fone: (35) 3299-1099 . Fax: (35) 3299-1063



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As doenças e distúrbios bucais durante a infância podem ter um grande impacto sobre a vida de crianças pré-escolares e seus familiares mais próximos. O impacto negativo dessas doenças ou distúrbios influencia a vida das crianças quanto: dificuldade na mastigação; perda de peso; dificuldade para dormir, falar; alteração no comportamento; diminuição do rendimento escolar, entre outros. O presente projeto tem como objetivo avaliar o impacto das distúrbios e doenças bucais, bem como a influência das condições socioeconômicas na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais na cidade de Alfenas/MG. O instrumento utilizado para a coleta de dados será um questionário estruturado e a avaliação da saúde bucal das crianças. Não existe nenhum risco associado aos procedimentos realizados, devido à simplicidade dos mesmos. Os benefícios envolvidos neste estudo referem-se à avaliação da condição de saúde bucal das crianças pré-escolares na faixa etária de 2 a 5 anos do município de Alfenas-MG e o conhecimento de informações em saúde bucal.

Ao participar desta pesquisa os pais e/ou responsáveis terão garantias de receber respostas a quaisquer perguntas ou esclarecimentos das dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com o estudo, pelo telefone (35) 9165-5268 (Discente de Mestrado em Ciências Odontológicas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) – Josy dos Santos de Oliveira).

Além disso, os pais e/ou responsáveis não serão obrigados a responder perguntas que lhe ocasionem constrangimento e nem a participarem deste estudo, podendo mudar de ideia e desistir de participar em qualquer momento.

Todos os arquivos relacionados com esta investigação serão armazenados na Faculdade de Odontologia da UNIFAL. Cabe enfatizar que como medida de segurança não serão identificados os pais e/ou responsáveis da pesquisa mantendo-se o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade.

Caso os pais e/ou responsáveis participantes da pesquisa queiram apresentar reclamações em relação à sua participação, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIFAL, pelo endereço Rua Gabriel Monteiro da Silva nº 700, Alfenas - MG.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, Sr(a) \_\_\_\_\_,

portadora da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO RESPONSÁVEL LEGAL, devidamente explicada pela profissional em seus mínimos detalhes, ciente dos detalhes desta pesquisa, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando que o mesmo(a) participe da pesquisa proposta.

Fica claro que os pais e/ou responsáveis da pesquisa podem a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológico).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Alfenas - MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Assinatura do sujeito da pesquisa ou de seu responsável

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Discente do Mestrado em Ciências Odontológicas

## APÊNDICE B – Questionário Socioeconômico



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG

Fone: (35) 3299-1099 . Fax: (35) 3299-1063



### 1- DADOS PESSOAIS

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Gênero: Masculino ( ) Feminino ( ) Idade: \_\_\_\_\_ anos

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Relação com a criança: \_\_\_\_\_

### 2- AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS (JARMAN, 1983):

- a) Mora com: ( ) Mãe e Pai ( ) Mãe ( ) Pai  
( ) Outros (ex. tios, avós) ( ) Mãe e companheiro ( ) Pai e companheira
- b) Quantas pessoas moram na casa? \_\_\_\_\_
- c) Quantos cômodos tem a casa? \_\_\_\_\_
- d) Casa própria? ( ) Sim ( ) Não

#### MÃE

. Idade: \_\_\_\_\_

. Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_

. Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Separada ( ) Outro

. Escolaridade (ABEP, 2012):

- ( ) Analfabeto/Ensino Infantil incompleto  
( ) Ensino Infantil completo/ Ensino Fundamental incompleto  
( ) Ensino Fundamental completo/ Ensino médio incompleto  
( ) Ensino Médio completo/ Ensino Superior incompleto  
( ) Ensino Superior completo

. Trabalho: ( ) Sim, o dia todo ( ) Sim, meio período ( ) Não

. Ocupação: \_\_\_\_\_

. Salário mensal: R\$ \_\_\_\_\_

#### PAI

. Idade: \_\_\_\_\_

. Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_

. Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Outro

. Escolaridade (ABEP, 2012):

- ( ) Analfabeto/Ensino Infantil incompleto  
( ) Ensino Infantil completo/ Ensino Fundamental incompleto  
( ) Ensino Fundamental completo/ Ensino médio incompleto  
( ) Ensino Médio completo/ Ensino Superior incompleto  
( ) Ensino Superior completo

. Trabalho: ( ) Sim, o dia todo ( ) Sim, meio período ( ) Não

. Ocupação: \_\_\_\_\_

. Salário mensal: R\$ \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – Ilustração da entrevista com pais/responsáveis**



## APÊNDICE D – Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância

### 3- QUESTIONÁRIO SOBRE QVRSB (ECOHIS)

**a) Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**b) Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**c) Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**d) Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**e) Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**f) Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**g) Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**h) Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**i) Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**j) Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**k) Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**l) Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei

**m) Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?**

- Nunca  
 Quase nunca  
 Às vezes  
 Com frequência  
 Com muita frequência  
 Não sei



