

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

TUANNY LOPES ALVES SILVESTRE COURA

**SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS DE 5 E 12 ANOS DE
IDADE DO MUNICÍPIO DE PATOS - PB**

PATOS - PB

2017

TUANNY LOPES ALVES SILVESTRE COURA

**SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS DE 5 E 12 ANOS DE
IDADE DO MUNICÍPIO DE PATOS - PB**

Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

ORIENTADOR(a): Prof.^a Dr.^a Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa

PATOS - PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

C858s Coura, Tuanny Lopes Alves Silvestre
Saúde bucal e qualidade de vida de crianças de 5 e 12 anos de idade do município de Patos – PB / Tuanny Lopes Alves Silvestre Coura. – Patos, 2017.
59f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Fraldryene de Sousa Queiroz Feitosa".

Referências.

1. Saúde bucal. 2. Cárie dentária. 3. Qualidade de vida. I. Título.

CDU 616.314-084

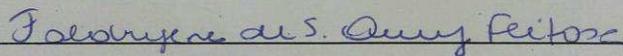
TUANNY LOPES ALVES SILVESTRE COURA

**SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS DE 5 E 12 ANOS DE
IDADE DO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado
à Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG,
como parte dos requisitos para obtenção do título em
Bacharel em Odontologia.

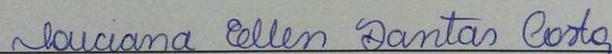
Aprovado em 25 / 08 / 2017

BANCA EXAMINADORA



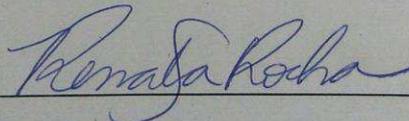
Profa. Dra. Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa – Orientadora

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Profa. Dra. Luciana Ellen Dantas Costa – 1º Membro

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Profª. Dra Renata Andrea Salvitti de Sá Rocha – 2º Membro

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico este trabalho a Deus, que nunca me desamparou, a fé Nele me trouxe até aqui e me fez forte para enfrentar os obstáculos diários e a saudade que esteve sempre presente ao

longo desta trajetória.

À minha filha, Maria Tereza, meu maior presente, de agora em diante tudo será por você e para você, minha pequena.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Ribamar Neto, que sempre foi o meu melhor amigo, meu companheiro e confidente. Você foi e sempre será meu alicerce. Num sentimento comum, você fez dos meus sonhos, os seus próprios sonhos. É um grande orgulho ter você na minha vida. Te amo muito.

À minha querida e amada família, que mesmo estando longe fisicamente, sinto-a perto, sempre presente e me sustenta com seu amor, carinho, oração, apoio e por sempre me ensinarem a acreditar e lutar pelos meus objetivos.

À minha mãe Rejane, agradeço o amor e apoio incondicional. Meu porto seguro em todos os momentos. Grande educadora e exemplo que sempre quero seguir. Ao meu pai, Redson, agradeço pela confiança, conhecimentos transmitidos e amor sempre. A vocês meus amores, esta vitória!

Aos meus irmãos, Thamiles, Redson Júnior, José e Enoi, vocês são o meu tesouro, presentes de Deus. Desculpem-me pelos momentos de ausência e obrigada por todo incentivo e por terem acreditado nessa conquista.

À minha avó Desterro, por todas as orações, estímulos, apoio e cuidados dados com excelência ao longo de toda a minha vida.

À minha orientadora, Faldryene, grande exemplo de competência. Agradeço pela compreensão, carinho, incentivo, dedicação e pelos riquíssimos momentos de aprendizagem.

Aos meus amigos colaboradores, Ayllana, Diobson, Lorena e Manoel, que me ajudaram durante toda a pesquisa na coleta de dados, meu muito obrigada.

Às amigas que a Odontologia me presenteou Katianne, Thacyanna, Daniella, Aryanny, Ayllana, Érica, Jéssica e em especial a minha dupla Lorena, que sempre me acolheu e me ajudou, além de amiga de faculdade tornou-se também uma irmã. Vivemos momentos maravilhosos que vou carregar para sempre comigo. Vocês são muito especiais, obrigada por tudo!

Aos colegas de turma, pelos momentos de alegria e por tornarem menos árduo o curso nestes últimos cinco anos.

A todos os professores que contribuíram com minha formação, em especial aos mestres da Universidade Federal de Campina Grande. Muito obrigada pelo ensino de qualidade, pela compreensão, apoio e incentivo, como também pelas oportunidades que alguns me deram, em especial às professoras Carolina Nóbrega, Luciana Ellen e Faldryene Queiroz, por desde o início da minha vida acadêmica terem depositado confiança e por abrirem as portas da saúde coletiva para mim, muito obrigada por tudo. Vocês são exemplos de pessoas e profissionais.

À Professora Renata, que além de ser uma excelente profissional é uma pessoa incrível e de um coração gigante. Meu muito obrigada por ter me ajudado tanto em uma fase difícil da minha gravidez, nunca irei esquecer o carinho e cuidado que a senhora teve comigo.

Às crianças e pais participantes da pesquisa, que de forma tão carinhosa nos receberam, sem vocês não teria sido possível realizar o presente trabalho.

Aos funcionários e pacientes: Minha gratidão!

Finalizo agradecendo a todas as pessoas que de maneira direta ou indireta, contribuíram para essa conquista e para o meu crescimento pessoal. Sou o resultado da confiança de cada um de vocês. Muito obrigada!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

A cárie dentária tem sido discutida no Brasil e no mundo como um importante tema da saúde pública. O objetivo desse trabalho foi avaliar a associação entre cárie dentária, condições socioeconômicas e qualidade de vida de crianças de 5 e 12 anos de idade. O estudo transversal foi realizado com 481 crianças, de ambos os sexos, matriculadas em creches públicas e privadas da cidade de Patos/PB. Os aspectos relativos à qualidade de vida foram avaliados a partir dos questionários Early Childhood Oral Health ImpactScale (B-ECOHIS) e o Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄). Para avaliação das condições socioeconômicas das crianças foi utilizado um formulário contendo perguntas referentes à escolaridade do chefe da família, renda mensal familiar, número de componentes no domicílio, tipo de moradia e zona do domicílio. A prevalência de cárie dentária foi avaliada por meio do índice ceo-d/CPO-d e seus componentes (CEP/UCS-1.985.087). Observou-se que 65,1% das crianças de 5 anos e 42,9% das de 12 anos tinham a doença cárie, apresentando ceo-d de 3,53 e CPO-d de 2,14, com 92,6% e 73,5% do componente cariado. Houve associação significativa ($p \leq 0,05$) entre a cárie dentária e a qualidade de vida, em ambas as faixas etárias, bem como foi encontrada associação entre a presença de cárie e a renda, tipo de escola, tipo de moradia, escolaridade do chefe e quantidade de pessoas no domicílio. As ações de promoção e prevenção em saúde bucal devem estar cada vez mais presentes no dia a dia das crianças visando uma melhora na qualidade de vida.

Palavras-Chave: Cárie Dentária; Qualidade de Vida; Saúde Bucal.

ABSTRACT

Tooth decay has been discussed in Brazil and in the world as an important issue of public health. The objective of this study was to evaluate an association between dental caries, socioeconomic conditions and quality of life of children from 5 and 12 years of age. The cross-sectional study was conducted with 481 children of both sexes, registered in public and private day care centers in the city of Patos / PB. The quality of life aspects were assessed using the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS) and Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄) questionnaires. To make the evaluation of the socioeconomic conditions of the children was used a form and some questions related to the education of the head of the family, monthly family income, number of components not domicile, type of dwelling and area of domicile. The prevalence of dental caries was evaluated using the DMFT/dmft indices and its components (CEP / UCS-1.985.087). It was observed that 65.1% of children aged 5 years and 42.9% of 12 years had caries, with dmft indices of 3.53 and DMFT of 2.14, thus, with 92.6% and 73.5% of the carious component. There was a significant association ($p \leq 0,05$) between dental caries and quality of life in both age groups, as well as an association between the presence of caries and family income, type of school, type of housing, education of the head and number of people in the household. The actions of promotion and prevention in oral health must be increasingly present in the daily life of children aiming the improvement in the quality of life.

Key words: Dental Carie; Quality of Life; Oral Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Média aritmética dos escores por quesito e domínios do B-ECOHIS, Patos, 2017.....	26
Tabela 2.	Associação entre a presença de cárie dentária e os fatores socioeconômicos em crianças de 5 anos de idade, Patos, 2017.....	27
Tabela 3.	Presença de Cárie dentária em função da qualidade de vida relacionada a saúde bucal das crianças de 5 e 12 anos de idade, Patos, 2017.....	28
Tabela 4.	Média aritmética dos escores por quesito e domínios do CPQ ₁₁₋₁₄ , Patos, 2017.....	31
Tabela 5.	Associação entre a presença de cárie dentária e os fatores socioeconômicos em crianças de 12 anos de idade, Patos, 2017.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

B-ECOHIS	Early Childhood Oral Health Impact Scale (versão Brasileira)
Ceo-d	Índice de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados
CPO-d	Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
CPQ ₁₁₋₁₄	Child Perception Questionnaire
DP	Desvio Padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
N	Número de elementos numa população (amostra)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
QVRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
SB	Saúde Bucal
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA	14
2.2 CÁRIE DENTÁRIA E QUALIDADE DE VIDA.....	14
2.3 CÁRIE DENTÁRIA E CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA	15
2.4 CÁRIE DENTÁRIA, CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA E QUALIDADE DE VIDA	16
REFERÊNCIAS	17
3 ARTIGO	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
APÊNDICES	42
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	42
APÊNDICE B- Questionário Socioeconômico	45
APÊNDICE C – Ficha Clínica de Avaliação da Saúde Bucal.....	46
ANEXOS	47
ANEXO A – Carta De Aprovação Do Comitê De Ética Em Pesquisa - CEP	47
ANEXO B- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal na Idade Pré-Escolar.....	50
ANEXO C - Questionário <i>Child Perception Questionnaire</i> (CPQ ₁₁₋₁₄)	51
ANEXO D - Códigos e Critérios adotados para interpretação do Índice de Cárie Dentária	55
ANEXO E - Normas da Revista Saúde e Sociedade Online	57

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida relacionada à saúde está ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente (GOTTARDO et al., 2015). Nessa perspectiva, o indivíduo, passa a ser visto, não de forma fragmentada, mas como um todo, uma vez que suas condições de saúde estão relacionadas às suas experiências subjetivas, às suas interpretações de saúde e doença, ao seu bem-estar e ao seu desempenho físico, social e psicológico (NOVA et al., 2015).

O crescente avanço tecnológico, que teoricamente viria a otimizar o atendimento ao paciente, culminou com a progressiva desumanização dos serviços de saúde, refletindo negativamente na qualidade de vida das pessoas. Devido a esse fato, políticas públicas de saúde foram propostas com o objetivo de proporcionar qualidade de vida para os cidadãos (FLECK et. al., 1999).

A Política Nacional de Promoção da Saúde propõe promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

O impacto na qualidade de vida constitui-se em um importante indicador de saúde e a utilização de instrumentos capazes de mensurá-lo adquire fundamental importância (GHERUNPONG, TSAKOS e SHEIHAM, 2004). Determinar qualidade de vida implica uma tentativa de quantificar as consequências de uma doença e de seu tratamento sob a percepção do paciente em relação à sua capacidade de viver uma vida útil (DUARTE et al., 2003; TAMANINI et al., 2004).

Os problemas bucais podem causar dor, desconforto, dificuldades para mastigar, falar, limitações e outras condições que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo (MASSARENTE et al., 2011; RAMOS-JORGE et al., 2013), proporcionando um efeito negativo na qualidade de vida das mesmas (ESKENAZI et al., 2015).

Em muitos países, inclusive no Brasil, ocorreu nas últimas três décadas uma diminuição significativa na prevalência e severidade da cárie dentária, devido a uma série de fatores, dentre eles, a exposição ao flúor, seja por meio de dentifrícios ou água, à ampliação da educação em saúde bucal, modificações na quantidade e na frequência do consumo de açúcar, além de um maior acesso aos serviços odontológicos (REBELO; SANTANNA, 2015).

No entanto, a cárie dentária ainda continua a ter um caráter epidêmico e de alta prevalência (REBELO; SANTANNA, 2015). Aos 5 anos de idade, uma criança brasileira possui em média 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio de mais de 80% do componente cariado. Os resultados em nível nacional do índice de cárie em crianças de 12 anos de idade, segundo o SB Brasil 2010 foi de 2,07 e a região Nordeste apresentou aos 12 anos um CPO-D de 2,63, a meta estabelecida para essa faixa etária seria um CPO-D < 1,00, que, no entanto, não foi alcançada (BRASIL, 2011).

Os fatores sociais também têm se mostrado determinantes na condição de saúde bucal. Estudos revelam que a prevalência de cárie dentária, expressa pelo Índice CPO-D, mostra-se significativamente pior para populações de baixo nível socioeconômico (PIOVESAN et al., 2013; FIGUEIREDO et al., 2014, BRIZON et al., 2015). A implementação de políticas públicas visando minimizar a desigualdade social através da expansão do acesso à saúde, educação, moradia, trabalho e lazer é essencial, quando se objetiva a obtenção de uma boa qualidade de vida (SCARPELLI et al., 2013).

Deste modo, considerando a relevância dos problemas bucais sobre o bem-estar da criança, a presente pesquisa se propôs a verificar o impacto da condição bucal na qualidade de vida em crianças de 5 e 12 anos de idade do município de Patos – Pb, bem como traçar a associação desta com o perfil socioeconômico das famílias envolvidas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PREVALÊNCIA DA CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária tem sido discutida no Brasil e no mundo como um importante tema da saúde pública, embora existam sinais de melhoria da situação da cárie dentária na população infantil, em algumas regiões, isto não exime a doença de ser um dos agravos de maior prevalência no Brasil (BRIZON et al., 2015).

O SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011) lançou seus resultados e a região Nordeste apresentou aos 12 anos um CPO-D de 2,63, enquanto em nível nacional foi de 2,07, já o interior do Nordeste apresentou uma média de 3,84 e João Pessoa de 2,78, a meta estabelecida para essa faixa etária seria CPO-D<1. A prevalência de cárie dentária de 7217 crianças na faixa etária de 05 anos de idade, residentes em 177 municípios brasileiros foi de 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio de 80% do componente cariado e prevalência de cárie não tratada em torno de 48,2%.

Mendes Constante et al. (2014) observaram uma queda efetiva na prevalência e gravidade da cárie dentária em escolares ao longo de 40 anos de monitoramento, onde a prevalência de cárie dentária diminuiu de 98% em 1971 para 36,9% em 2011 e o CPOD variou de 9,2 em 1971 para 0,7 em 2011. No entanto, uma pequena proporção da população tem experimentado a maior prevalência da cárie nos últimos anos do estudo.

Souza e Martins (2016) com 7.280 pré-escolares, observou-se que 47,4% apresentaram 1 ou mais dentes com cárie e que a dor dentária nos últimos 6 meses em crianças aos 5 anos foi associada a: não uso de serviços odontológicos, cárie dentária; percepção por parte dos pais das crianças de necessidade de tratamento.

2.2 CÁRIE DENTÁRIA E QUALIDADE DE VIDA

Apesar da melhora nos índices, a cárie dentária ainda continua sendo o principal problema bucal de saúde pública e a principal causa de dor, perda de dentes e dificuldades para mastigar em crianças e adolescentes, fatores que impactam negativamente na qualidade de vida (VARGAS-FERREIRA et al., 2014).

Page et al. (2011), ao avaliarem o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, por meio do questionário CPQ₁₁₋₁₄, observou que um maior impacto na qualidade de

vida foi encontrado quando as crianças apresentaram maior experiência de cárie dentária em relação às livres de cárie.

Ramos - Jorge et al. (2013) avaliaram a associação entre cárie dentária não tratada, considerando as fases e atividades, com o impacto sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares e seus pais e observaram que lesões cáries graves não tratadas ativas e inativas foram associadas com um impacto negativo sobre a qualidade de vida de pré-escolares e seus pais / cuidadores.

Barbosa et al. (2013) avaliaram a associação entre as condições orais, performance mastigatória e qualidade de vida em crianças e observaram que as crianças com um número maior de cárie dentária classificaram sua saúde bucal de forma menos favorável.

Eskenazi et al. (2015), observou nos escolares de 12 anos avaliados do município de Carapicuíba-SP, que a experiência de cárie relacionou-se com a percepção negativa da saúde bucal, principalmente nos aspectos emocional e social, e com o número de pessoas que habitavam o domicílio da criança, influenciando negativamente na qualidade de vida dos mesmos.

2.3 CÁRIE DENTÁRIA E CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA

Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como determinante na situação de saúde bucal. Vários trabalhos têm abordado a associação entre desenvolvimento social e cárie dentária, tanto no campo do indivíduo como no coletivo (FIGUEIREDO et al., 2014, RAMOS-JORGE et al., 2013).

Borges et al. (2012) avaliaram a influência das variáveis sociocomportamentais sobre a prevalência e gravidade da cárie dentária em 1.993 crianças em idade pré-escolar e observaram que a prevalência de cárie dentária em pré-escolares foi fortemente associada a fatores relacionados aos pais das crianças e às condições socioeconômicas.

Oliveira et al. (2013) realizaram um estudo para avaliar a associação entre ser um beneficiário do programa Bolsa Família e as condições de saúde bucal em escolares brasileiros e concluíram que a prevalência de cárie foi duas vezes maior em escolares beneficiários do Bolsa Família e estes apresentaram maior severidade da cárie dentária em relação a crianças e adolescentes de escolas privadas, destacando ainda que a prevalência de escolares que nunca visitaram um dentista foi seis vezes maior em crianças que receberam o benefício do governo em comparação com os de escolas particulares.

Piovesan et al. (2013) realizaram um estudo para avaliar a desigualdade na distribuição da cárie dental em pré-escolares da cidade de Santa Maria - RS e investigar as

associações com fatores socioeconômicos e, observaram que as crianças cujas mães não completaram o ensino primário e aqueles com baixa renda familiar eram mais propensas a ter um aumento da cárie dentária.

Brizon et al. (2015) em uma revisão de literatura, observou que a maioria dos estudos analisados apresentou associação estatística significativa entre a prevalência de cárie dentária e os índices socioeconômicos, principalmente no tocante a escolaridade dos pais e renda familiar.

2.4 CÁRIE DENTÁRIA, CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA E QUALIDADE DE VIDA

O Brasil apresenta-se entre os países de maior concentração de renda do mundo, onde 5% da população detêm em torno de 44% da renda total do país (MEDEIROS; SOUZA; CASTRO, 2014), marcado por extrema desigualdade social e evidenciando índices significativos de pobreza. Crianças de famílias de renda mais baixa apresentaram maior impacto sobre a qualidade de vida do que aquelas oriundas de famílias de alta renda (SCARPELLI et al., 2013). A maioria dos estudos relacionados a condição socioeconômica e qualidade de vida relacionada a saúde bucal são realizados em crianças brasileiras e foram publicados nos últimos dois anos (KUMAR; KROON; LALLOO, 2014).

Abanto et al. (2014) realizaram um estudo para avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida de crianças de 5-6 anos de idade por meio da percepção delas próprias e dos seus pais e correlacionaram com fatores socioeconômicos. Em ambas as versões, a cárie dentária foi associada como piores resultados de qualidade de vida relacionada a saúde bucal infantil, e observaram ainda que a renda familiar mais alta teve um impacto positivo sobre a qualidade de vida das crianças, tanto na visão das crianças como dos seus pais, independente da presença da doença.

Kumar, Kroon e Lalloo (2014) realizaram uma revisão sistemática da literatura em agosto de 2013 com o objetivo de avaliar a influência das condições socioeconômicas dos pais e seu ambiente familiar sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) das crianças. Os resultados da maioria dos estudos sugerem que as crianças de famílias com alta renda, escolaridade dos pais e economia familiar apresentaram melhor QVRSB. A idade das mães, a estrutura familiar, a aglomeração familiar e a presença de irmãos foram preditores significativos de QVRSB da criança.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J.; CARVALHO, T.S.; BÖNECKER, M.; ORTEGA, A.O.; CIAMPONI, A.L.; RAGGIO D.P. Relatos dos pais da qualidade de saúde oral de vida de crianças com paralisia cerebral. **BMC Saúde Bucal**. 2014 Jun 18;
- BARBOSA, T.DE S.; TURELI, M.C.; NOBRE-DOS-SANTOS, M.; PUPPIN-RONTANI, R.M.; GAVIÃO, M.B. The relationship between oral conditions, masticatory performance and oral health-related quality of life in children. **Arch Oral Biol**.v.58, n.9, p.1070-7, 2013.
- BORGES, H.C.; GARBÍN, C.A.; SALIBA, O.; SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A. Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. **Braz Oral Res**. v.26, n.6, p.564-70, 2012.
- Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde**.2011; Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde.
- BRIZON, VALÉRIA CÂNDIDO et al. Indicadores socioeconômicos associados à cárie dentária: uma revisão crítica. **Unimontes Científica**, v. 16, n. 1, p. 79-91, 2015.
- DUARTE, P.S.; MITAZAKI, M.C.O.S.; CICONELLI, R.M.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). **Rev. AssMed Brasil**. v.49, p.375-381, 2003.
- ESKENAZI, E.M.S.; SOUSA, K.G.; AGOSTINI, L.T.P.; BARBOSA, T.S.; CASTELO, P.M. Avaliação da experiência de cárie e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de escolares. **RevBrasPromoç Saúde**, Fortaleza, 28(2): 198-205, abr./jun., 2015.
- FIGUEIREDO, M.C.; PEIXOTO, L.T.; COVATTI, F.; SILVA, K.V.C.L.; JARDIM, L.E. Saúde Bucal de Pessoas em Situação de Pobreza Extrema Residentes em um Município no Sul do Brasil. **UNOPAR CientCiêncBiol Saúde**, v.16,n.1,p.45-50; 2014.
- FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S; XAVIER, M; CHACHAMOVIC, E; VIEIRA, G; SANTOS, L; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. SaúdePública**. v.33,n.2, p. 198-205, 1999.
- GHERUNPONG, S; TSAKOS, G; SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral healthrelated quality of life index for children the CHILD-OIDP. **CommunityDent Health** v. 21, p.161-9, 2004.
- GOTTARDO, A.C.; WEBBER, L.P.; ROSSA, J.; AROSSI, G.A. Perda dental anterior influencia a qualidade de vida relacionada a saúde oral. **Revista de Iniciação Científica da ULBRA Canoas**, n.13, p.60-70, 2015.

- KUMAR, S.; KROON, J.; LALLOO, R. A systematic review on the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. **Health Qual Life Outcomes**.v.12, n.1, p.41, 2014.
- MASSARENTE, D.B.; DOMANESCHI, C.; MARQUES, H.H.; ANDRADE, S.B.; GOURSAND, D.; ANTUNES, J.L.F. Oral health-related quality of life of paediatric patients with AIDS. **BMC Oral Health**.v.11, n.2, 2011.
- MEDEIROS, M.; SOUZA, P.H.G.F.; CASTRO, F.A. O Topo da Distribuição de Renda no Brasil: primeiras estimativas com dados tributários e comparação com pesquisas domiciliares, 2006-2012(August 14, 2014). Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2479685>
- MENDES CONSTANTE, H.; SOUZA, M.L.; BASTOS, J.L.; PERES, M.A. Tendências da cárie dentária em escolares brasileiros: 40 anos de monitoramento (1971-2011). **IntDent J**. 2014; Feb 8.
- NOVA, F.A.V.; AMBROSANO, G.M.B.; PEREIRA, S.M.; PEREIRA, A.C.; MENEGHIN, M.C. Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v.10, n.34, p. 1-10, Jan-Mar, 2015.
- OLIVEIRA, L.J.; CORREA, M.B.; NASCIMENTO, G.G.; GOETTEMES, M.L.; TARQUINIO, S.B.; TORRIANI, D.D.; DEMARCO, F.F. Inequalities in oral health: are schoolchildren receiving the BolsaFamilia more vulnerable? **Rev Saude Publica**.v.47,n.6, p. 1039-47, 2013.
- PAGE, L. A. F. et al. Performance and cross-cultural comparison of the short-form version of the CPQ11-14 in New Zealand, Brunei and Brazil. **Health Qual Life Outcomes**, v. 9, n. 40, p.1-6, 2011.
- PIOVESAN, C.; TOMAZONI, F.; DEL FABRO, J.; BUZZATI, B.C.; MENDES, F.M. ANTUNES JL, ARDENGHI TM. Inequality in dental caries distribution at noncavitated and cavitated thresholds in preschool children. **J Public Health Dent**.2013 Sep 11.
- RAMOS-JORGE, J.; PORDEUS, I.A.; RAMOS-JORGE, M.L.; MARQUES, L.S.; PAIVA, S.M. Impact of untreated dental caries on quality of life of preschool children: different stages and activity. **Community Dent Oral Epidemiol**. 2013, Nov.
- REBELO, S.T.C.P.; SANTANNA, G.R. Prevalência de cárie dental em escolares de 12 anos na rede municipal de ensino de Parnaíba Piauí.**Rev. Interd. Ciên. Saúde**, ago-out, 2015.
- SCARPELLI, A.C.; PAIVA, S.M.; VIEGAS, C.M.; CARVALHO, A.C.; FERREIRA, F.M.; PORDEUS, I.A. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol** Aug; v.41, n.4,p.336-44, 2013.
- SOUZA, J.G.S.; MARTINS, A.M.E.B.L. Dor dentária e fatores associados em pré-escolares brasileiros. **Rev Paul Pediatr**, 2016.
- TAMANINI, J.T.N.; DAMBROS, M.; D'ANCONA, C.A.L.; PALMA, P.C.R.; NETTO, J.R.N.R. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQSF) for Portuguese. **Rev Saude Publica**. v.38, p.438-444, 2004.
- VARGAS-FERREIRA, F.; ZENG, J.; THOMSON, W.M.; PERES, M.A.; DEMARCO, F.F. Association between developmental defects of enamel and dental caries in schoolchildren. **J Dent**. 2014; Feb 20. pii: S0300-5712(14)00060-8.

3 ARTIGO

SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS DE 5 E 12 ANOS DE IDADE DO MUNICÍPIO DE PATOS – PB

ORAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF CHILDREN AGED 5 AND 12 YEARS OLD IN THE CITY PATOS-PB

Tuanny Lopes Alves Silvestre COURA- Aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG. Patos, PB, Brasil. E-mail: tuanny_silvestre@hotmail.com

Aryanny Lourenna de SOUSA- Aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Patos, PB, Brasil. E-mail: aryannyl.sousa@gmail.com

Édila Pablizia Cavalcante BATISTA- Aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Patos, PB, Brasil. E-mail: edilapablizia@gmail.com

Larissa Lima LEÔNCIO- Aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Patos, PB, Brasil. E-mail: lari.leoncio@gmail.com

Luciana Ellen Dantas COSTA- Profa. Dra. do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, área de Saúde Coletiva. Patos, PB, Brasil. E-mail: ellendantascosta@yahoo.com.br

Faldryene de Sousa Queiroz FEITOSA- Profa. Dra. do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, área de Saúde Coletiva. Patos, PB, Brasil. E-mail: falqueiroz@hotmail.com

Autor para correspondência:

Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa

Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, Centro de Saúde e Tecnologia Rural,
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Rod. PB-110, 58708-110, Jatobá,
Patos - PB,

Brasil. Telefone: (83) 3511- 3045

E-mail: falqueiroz@hotmail.com

RESUMO

A cárie dentária tem sido discutida no Brasil e no mundo como um importante tema da saúde pública. O objetivo desse trabalho foi avaliar a associação entre cárie dentária, condições socioeconômicas e qualidade de vida de crianças de 5 e 12 anos de idade. O estudo transversal foi realizado com 481 crianças, de ambos os sexos, matriculadas em creches públicas e privadas da cidade de Patos/PB. Os aspectos relativos à qualidade de vida foram avaliados a partir dos questionários Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS) e o Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄). Para avaliação das condições socioeconômicas das crianças foi utilizado um formulário contendo perguntas referentes à escolaridade do chefe da família, renda mensal familiar, número de componentes no domicílio, tipo de moradia e zona do domicílio. A prevalência de cárie dentária foi avaliada por meio do índice ceo-d/CPO-d e seus componentes (CEP/FIP-1.985.087). Observou-se que 65,1% das crianças de 5 anos e 42,9% das de 12 anos tinham a doença cárie, apresentando ceo-d de 3,53 e CPO-d de 2,14, com 92,6% e 73,5% do componente cariado. Houve associação significativa ($p \leq 0,05$) entre a cárie dentária e a qualidade de vida, em ambas as faixas etárias, bem como foi encontrada associação entre a presença de cárie e a renda, tipo de escola, tipo de moradia, escolaridade do chefe e quantidade de pessoas no domicílio. As ações de promoção e prevenção em saúde bucal devem estar cada vez mais presentes no dia a dia das crianças visando uma melhora na qualidade de vida.

Palavras-Chave: Cárie Dentária; Qualidade de Vida; Saúde Bucal.

ABSTRACT

Tooth decay has been discussed in Brazil and in the world as an important issue of public health. The objective of this study was to evaluate an association between dental caries, socioeconomic conditions and quality of life of children from 5 and 12 years of age. The cross-sectional study was conducted with 481 children of both sexes, registered in public and private day care centers in the city of Patos / PB. The quality of life aspects were assessed

using the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS) and Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄) questionnaires. To make the evaluation of the socioeconomic conditions of the children was used a form and some questions related to the education of the head of the family, monthly family income, number of components not domicile, type of dwelling and area of domicile. The prevalence of dental caries was evaluated using the DMFT/dmft indices and its components (CEP / FIP-1.985.087). It was observed that 65.1% of children aged 5 years and 42.9% of 12 years had caries, with dmft indices of 3.53 and DMFT of 2.14, thus, with 92.6% and 73.5% of the carious component. There was a significant association ($p \leq 0,05$) between dental caries and quality of life in both age groups, as well as an association between the presence of caries and family income, type of school, type of housing, education of the head and number of people in the household. The actions of promotion and prevention in oral health must be increasingly present in the daily life of children aiming the improvement in the quality of life.

Key words: Dental Carie; Quality of Life; Oral Health

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida relacionada à saúde está ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente (Gottardo e col., 2015). O crescente avanço tecnológico, que teoricamente viria a otimizar o atendimento ao paciente, culminou com a progressiva desumanização dos serviços de saúde, refletindo negativamente na qualidade de vida das pessoas. Devido a esse fato, políticas públicas de saúde foram propostas com o objetivo de proporcionar qualidade de vida para os cidadãos (Fleck e col., 1999).

A Política Nacional de Promoção da Saúde propõe promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2006).

Os problemas bucais podem causar dor, desconforto, dificuldades para mastigar, falar, limitações e outras condições que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo (Massarente e col., 2011; Ramos-Jorge e col., 2013), proporcionando um efeito negativo na qualidade de vida das mesmas (Eskenazi e col., 2015).

Em muitos países, inclusive no Brasil, ocorreu nas últimas três décadas uma diminuição significativa na prevalência e severidade da cárie dentária, devido a uma série de fatores, dentre eles, a exposição ao flúor, seja por meio de dentifrícios ou água, à ampliação da educação em saúde bucal, modificações na quantidade e na frequência do consumo de açúcar, além de um maior acesso aos serviços odontológicos (Rebelo; Santanna, 2015).

No entanto, a cárie dentária ainda continua a ter um caráter epidêmico e de alta prevalência (Rebelo; Santanna, 2015). Aos 5 anos de idade, uma criança brasileira possui em média 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio de mais de 80% do componente cariado. Os resultados em nível nacional do índice de cárie em crianças de 12 anos de idade, segundo o SB Brasil 2010 foi de 2,07 e a região Nordeste apresentou aos 12 anos um CPO-D de 2,63, a meta estabelecida para essa faixa etária seria um CPO-D < 1,00, que, no entanto, não foi alcançada (Brasil, 2011).

Os fatores sociais também têm se mostrado determinantes na condição de saúde bucal. Estudos revelam que a prevalência de cárie dentária, expressa pelo Índice CPO-D, mostra-se significativamente pior para populações de baixo nível socioeconômico (Piovesan e col., 2013; Figueiredo e col., 2014, Brizon e col., 2015). A implementação de políticas públicas visando minimizar a desigualdade social através da expansão do acesso à saúde, educação, moradia, trabalho e lazer é essencial, quando se objetiva a obtenção de uma boa qualidade de vida (Scarpelli e col., 2013).

Deste modo, considerando a relevância dos problemas bucais sobre o bem-estar da criança, a presente pesquisa se propôs a verificar o impacto da condição bucal na qualidade de vida em crianças de 5 e 12 anos de idade do município de Patos – Pb, bem como traçar a associação desta com o perfil socioeconômico das famílias envolvidas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das Faculdades Integradas de Patos – FIP, sob protocolo número 1.985.087. O estudo classificou-se como observacional transversal, cujo objetivo foi descrever a condição de saúde bucal de uma população, em determinado tempo e local, sendo possível também testar algumas associações. O universo foi constituído por crianças de 5 e 12 anos de idade, de ambos os sexos, matriculadas nas creches e escolas municipais de Patos-PB e seus respectivos pais/responsáveis.

O tamanho da amostra do estudo foi obtida por meio do processo de amostragem para população finita, segundo Cochran (1977) baseado nas duas faixas etárias. A margem de erro fixada e valor admitido para média e desvio-padrão foram os mesmos adotados pelo projeto Saúde bucal Brasil 2003 (Projeto SB Brasil) para a região Nordeste, para crianças de 5 e 12 anos de idade, em população maior de 100 mil habitantes. Considerando um percentual de perda de até 20%, chegou-se a uma amostra final de 481 crianças avaliadas.

Utilizou-se como critério de inclusão para o estudo, as crianças de 5 e 12 anos de idade regularmente matriculadas em creches e escolas da rede pública e privada de Patos/PB cujos pais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Como critério de exclusão considerou-se que crianças que apresentassem deficiências neuropsicomotoras, ou seja, desvios de normalidade de ordem mental, física, sensorial e comportamental e as crianças que não permitissem a realização do exame clínico ou que fossem vetados pelos pais/responsáveis.

Previamente à coleta dos índices ceo-d/CPO-D e aplicação dos questionários, realizou-se uma calibração ($Kappa=0,81-0,91$ inter-examinadores e de $0,83-0,90$ intra-examinadores), sendo utilizada a metodologia proposta por Antunes e Peres (2006). A verificação da concordância intra-examinador foi realizada antes e também durante a coleta dos dados, no sentido de aferir se a consistência obtida no treinamento foi mantida em campo.

Para avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos escolares e pré-escolares, utilizou-se o instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS) (Tesch; Oliveira; Leão, 2008). Esse instrumento, na sua versão brasileira, é composto por dez itens que avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança (subescala da criança), sendo uma questão relativa a sintomas, domínio das limitações com cinco questões, duas relacionadas a fatores psicológicos, uma questão de autoimagem e uma de interação social. As outras quatro questões avaliavam o impacto dos problemas bucais das crianças sobre sua família (subescala da família), sendo duas questões de angústia dos pais e duas questões de função familiar.

Para avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças de 12 anos de idade foi utilizada a versão brasileira do questionário *Child Perception Questionnaire*—(CPQ₁₁₋₁₄) Versão reduzida (ISF:16) (Bendo e col., 2010), o qual contém perguntas sobre a classificação global de saúde bucal da criança e do grau em que a condição bucal afeta seu bem-estar geral e perguntas sobre a frequência de eventos nos últimos três meses relacionadas com a saúde bucal, organizado em quatro domínios: sintomas de saúde oral, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social.

O instrumento CPQ₁₁₋₁₄ foi respondido pela própria criança (autorrelato), em sala reservada, sob supervisão do pesquisador, após explicações previamente definidas a todos os participantes.

Para avaliação das condições de saúde bucal dos pré-escolares e escolares foi utilizado o índice ceo-d/CPO-D e necessidade de tratamento para cárie dentária. Os exames clínicos foram realizados por um examinador e anotador previamente calibrados. As crianças foram examinadas nas dependências das creches e escolas, em local sob iluminação natural, ventilado e próximo de uma fonte de água, estando examinador e criança sentados em cadeiras.

Os índices de cárie dentária e necessidade de tratamento foram utilizados segundo os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na publicação *Oral healthsurveys: basicmethods*, quarta edição (1997) adaptados pelo projeto SB Brasil 2003. Os dados obtidos foram anotados em fichas próprias para facilitar a tabulação dos dados seguindo metodologia proposta pelo SB Brasil 2010 (Brasil, 2011).

Para classificação socioeconômica do núcleo familiar foram avaliados o nível de escolaridade do chefe da família, renda mensal familiar (Oliveira; Sheiham; Bönecker, 2008), número de membros da família que participam e /ou dependem da referida situação econômica (Melo e col., 2011), tipo de escola (Piovesan e col., 2010) condição de moradia (Oliveira; Sheiham; Bönecker, 2008) e localização do domicílio.

Os alunos detectados com a presença de dentes cariados ou com necessidade de tratamento, tiveram seus pais e/ou responsáveis informados e receberam encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde correspondente a área da abrangência do domicílio ou para a clínica escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Os dados foram estratificados de acordo com a idade e gênero e analisados e processados por meio de planilhas Excel (®Microsoft 2013). A análise estatística foi realizada de modo descritivo por meio de frequências relativas e absolutas para as variáveis categóricas e os testes de Qui-quadrado e Correlação de Spearman foram utilizados para testar as associações, sendo adotado um nível de significância de 5%. Os testes foram calculados por meio do programa SPSS® (StatisticalPackage for the Social Sciences) versão 21.0 para Microsoft Windows.

RESULTADOS

1. Resultados do estudo com crianças de 05 anos de idade:

1.1. Caracterização da amostra:

O total de pares de crianças de 05 anos de idade e seus respectivos pais/responsáveis participantes desse estudo foi de 215, correspondendo a 84,6% do total selecionado mediante a realização do cálculo amostral. A perda de 39 crianças ocorreu devido a: resposta incompleta do questionário (28), ausência da criança na escola/creche no dia de realização do exame clínico (8), e falta de colaboração por parte das crianças na realização do exame (3).

Das 215 crianças de 05 anos de idade participantes, a maioria pertencia ao sexo masculino (54,9%), em detrimento das crianças do sexo feminino (45,1%). Os pré-escolares apresentaram idade média de 63,5 meses (DP=3,55), variando de 60 a 71 meses, 71,6% eram alunos de escolas/creches públicas e 28,4% alunos de escolas particulares.

Ao analisar o perfil socioeconômico das famílias dos pré-escolares, observou-se que 41,1% das famílias tinham uma renda mensal familiar de menos de 1 salário mínimo, 47,9% entre 1 e 2 salários e 10,7% de mais de 3 salários mínimos.

Em relação ao nível de instrução do chefe da família, constatou-se que 82,3% eram alfabetizados, destes, 16,3% tinham o ensino fundamental incompleto, 37,7% o ensino fundamental completo, 20,5% cursaram até o ensino médio e apenas 7,8% o ensino superior.

Ao ser questionado sobre a quantidade de pessoas moradoras no domicílio das crianças, observou-se percentuais variando de duas (3,7%) a dez pessoas (0,5%), com média de 4,2 (DP=1,25). De uma maneira geral, a maioria das famílias participantes deste estudo apresentou-se pequena, composta por menos de 6 pessoas (88,8%), 80,9% das crianças viviam na zona urbana e 43,7% moravam em casas próprias.

1.2. Avaliação do perfil epidemiológico da cárie dentária em pré-escolares:

Avaliando o perfil epidemiológico da cárie dentária verificou-se um ceo-d médio de 3,53 (DP=3,94) dentes acometidos e valores mínimo e máximo de 1 e 17, respectivamente. Observou-se uma prevalência de cárie de 65,1%, ou seja, 140 crianças apresentavam ao menos a presença de uma lesão de cárie, totalizando 759 dentes afetados, destes, 92,6% (n=703) era do componente cariado, 4,74% (n=36) de extrações indicadas e/ou perdido por cárie e 2,66% (n=20) de dentes restaurados.

Avaliando a distribuição do número de dentes acometidos pela doença cárie por criança, constatou-se que 35,8% das crianças apresentavam de 1 a 5 dentes com experiência de cárie e 29,3% mais de 06 dentes acometidos pela cárie.

1.3. Avaliação da qualidade de vida dos pré-escolares pelo B-ECOHIS:

Em relação aos dados obtidos por meio da aplicação do B-ECOHIS, que avalia a influência da saúde bucal na qualidade de vida da criança, observou-se que a amplitude de resposta aos quesitos variou de 0 a 42 (de um total de 56 pontos), com média de 3,94 (DP: 6,79). Na sessão de impacto na criança a pontuação máxima foi de 30 (de um total de 40 pontos), com média de 2,89 (DP: 5,42) e na sessão de impacto na família a pontuação máxima foi de 12 (de um total de 16 pontos) e média de 1,05 (DP: 2,02).

A maioria das crianças (n=108, 51,2%) mostrou a qualidade de vida prejudicada devido à condição de saúde bucal, onde 45,1% (n=97) apresentaram um impacto fraco da saúde bucal na qualidade de vida, 4,7% (n=10) das crianças apresentaram um impacto médio da saúde bucal na qualidade de vida e 01 criança (0,5%) apresentou forte impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

A tabela 1 mostra as médias por quesito e a distribuição por domínios do B-ECOHIS, onde se observou que na sub-escala Criança os domínios de maior e menor média foram, respectivamente, o Domínio dos sintomas (0,72) e o Domínio da interação Social (0,07) e na sub-escala Família o domínio da Angústia dos Pais foi o que apresentou maior influência negativa na qualidade de vida (0,38).

Tabela 1. Média aritmética dos escores por quesito e domínios do B-ECOHIS, Patos, 2017.

<i>Quesitos do B- ECOHIS por domínio</i>	<i>Média dos escores por quesito</i>	
	<i>[0-nunca – 4- Com muita frequência]</i>	<i>Média por domínio</i>
	<i>Média</i>	
Sub-escala CRIANÇA		
Domínio dos Sintomas		
1.Sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares	0,72	0,72
Domínio das limitações		
2.Teve dificuldade em beber bebidas quente ou fria	0,38	
3.Teve dificuldade para comer certos alimentos	0,41	
4.Teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra	0,08	0,25
5a.Já faltou à creche, jardim de infância ou escola	0,19	

5b.Deixou de fazer alguma atividade diária (brincar)	0,20	
Domínio dos Aspectos Psicológicos		
6.Teve dificuldade em dormir	0,38	
7.Já ficou irritada	0,37	0,37
Domínio da Auto-imagem		
8.Já evitou sorrir	0,11	0,11
Domínio da Interação Social		
9.Já evitou falar	0,07	0,07
Sub-escala FAMÍLIA		
Domínio da Angústia dos Pais		
10.Ficou aborrecida	0,33	
11.Já se sentiu culpada	0,44	0,38
Domínio da Função Familiar		
12.Já faltou ao trabalho	0,17	0,13
13.Já teve impacto financeiro por tratamento	0,10	

1.4. Cárie dentária e fatores socioeconômicos em crianças de 05 anos de idade:

Na tabela 2, pode-se observar por meio de uma análise bivariada, a prevalência de cárie dentária em relação às variáveis de ordem socioeconômicas, pelo teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$). Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a presença de cárie e a renda mensal familiar ($p=0,004$), tipo de escola da criança ($p=0,001$) e tipo de moradia (0,006).

Tabela 2. Associação entre a presença de cárie dentária e os fatores socioeconômicos em crianças de 5 anos de idade, Patos, 2017.

Variável	CÁRIE DENTÁRIA			Valor de p ⁽¹⁾
	Ausente n (%)	Presente n (%)	Total n (%)	
Variáveis crianças				
Sexo				

Masculino	42 (35,6)	76 (64,4)	118 (100,0)	0,462
Feminino	33 (34,0)	64 (66,0)	97 (100,0)	
Variáveis socioeconômicas				
Escolaridade chefe família				
Analfabeto	13 (34,2)	25 (65,8)	38 (100,0)	0,468
Ensino fundamental incompleto	10 (28,6)	25 (71,4)	35 (100,0)	
Ensino fundamental completo	24 (29,6)	57 (70,4)	81 (100,0)	
Ensino médio	19 (43,2)	25 (56,8)	44 (100,0)	
Ensino superior	8 (47,1)	9 (52,9)	17 (100,0)	
Renda mensal familiar				
< 1 salário mínimo	27 (30,3)	62 (69,7)	89 (100,0)	0,004
1 – 2 salário mínimo	32 (31,1)	71 (68,9)	103 (100,0)	
≥3 salários	15 (62,5)	8 (34,8)	23 (100,0)	
Quantidade de pessoas no domicílio				
< 6 pessoas	65 (34)	126 (66)	191 (100,0)	0,470
≥ 6 pessoas	9 (37,5)	15 (62,5)	24 (100,0)	
Tipo de escola				
Pública	43 (27,9)	111 (72,1)	154 (100,0)	0,001
Privada	31 (50,8)	30 (49,2)	61 (100,0)	
Zona do domicílio				
Rural	11 (26,8)	30 (73,2)	41 (100,0)	0,260
Urbana	63 (36,2)	111 (63,8)	174 (100,0)	
Tipo de Moradia				
Própria	25 (26,6)	69 (73,4)	94 (100,0)	
Financiada	9 (75)	3 (25)	12 (100,0)	
Alugada	32 (39,0)	50 (61,0)	82(100,0)	0,006
Cedida	8 (29,6)	19 (70,4)	27 (100,0)	

⁽¹⁾teste Qui-quadrado / *Significante ao nível de 5,0%

1.5. Cárie dentária e qualidade de vida em crianças de 05 anos de idade:

A tabela 3 apresenta a associação entre cárie dentária e qualidade de vida, baseada na classificação do B-ECOHis. Observou-se forte associação entre a presença de cárie dentária e a influência da saúde bucal na qualidade de vida (teste Qui-quadrado, $p \leq 0,05$).

Tabela 3. Presença de Cárie dentária em função da qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança de 5 e 12 anos de idade, Patos, 2017.

Variável	CÁRIE DENTÁRIA			p ⁽¹⁾
	Ausente	Presente	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	

Qualidade de vida relacionada a saúde bucal (B-ECOHIS)				
Sem Impacto	52 (48,6)	55 (51,4)	107 (100,0)	0,0001
Com Impacto	23 (21,3)	85 (78,7)	108 (100,0)	
Child Perception Questionnaire– (CPQ ₁₁₋₁₄)				
Prejudicada	147 (96,7)	114 (100)	261 (100,0)	0,050
Não prejudicada	5 (3,3)	0 (0)	5 (100,0)	

⁽¹⁾teste Qui-quadrado / *Significante ao nível de 5,0%

A classificação da qualidade de vida da criança não apresentou relação estatisticamente significativa com nenhuma variável socioeconômica: sexo ($p=0,287$), renda mensal familiar ($p=0,105$), número de residentes por domicílio ($p=0,581$), escolaridade do responsável ($p=0,983$), tipo de moradia ($p=0,234$), localização da residência ($p=0,541$), ou tipo de creche da criança ($p=0,553$).

2. Resultados do estudo com crianças de 12 anos de idade:

2.1. Caracterização da amostra:

Participaram da pesquisa um total de 266 crianças de 12 anos de idade e seus respectivos pais/responsáveis, correspondendo a 95% do total selecionado por meio do cálculo amostral, 01 criança não participou do estudo por resposta incompleta do questionário, 11 foram excluídas por apresentarem os termos de consentimento livre e esclarecido sem a autorização do responsável e 02 pela ausência da criança na escola no dia da realização do exame clínico.

Observou-se que das crianças participantes, 62,8% eram do sexo feminino ($n=167$) e 37,2% era do masculino ($n=99$), sendo 51,1% ($n=136$) provenientes de escolas públicas e 48,9% ($n=130$) de escolas particulares.

Em relação ao perfil socioeconômico das famílias dos escolares, constatou-se que 33,1% ($n= 88$) dos familiares tinham uma renda familiar de menos de 1 salário mínimo, 37,2% ($n=99$) entre 1 e 2 salários mínimos e 29,7% ($n=79$) recebiam mais de 3 salários mínimos.

Percebeu-se que 89,1% (n=237) dos chefes das famílias eram alfabetizados, destes, 19,9% (n=53) tinham ensino fundamental incompleto, 17,7% (n=47) haviam completado o ensino fundamental, 24,8% (n=66) cursaram até o ensino médio e 26,7% (n=71) o ensino superior. Quanto ao número de moradores no domicílio, observou-se percentuais que variavam de 2 (3,8%) a 11 (0,4%) pessoas. A maioria das famílias participantes do estudo eram compostas por quatro pessoas 33,8% (n=90), 91,7% (n=244) viviam na zona urbana, 53,4% (n=142) moravam em casa própria e 84,6% (n=225) relataram ter acomodação suficiente para todos os integrantes da família.

2.2. Avaliação do perfil epidemiológico da cárie dentária em escolares de 12 anos de idade:

Ao analisar o perfil epidemiológico da cárie dentária podemos observar um CPO-d médio de 2,14 dentes acometidos e valores mínimo e máximo de 1 e 15, na devida ordem. Foi observado que 42,9%(n=114) das crianças apresentavam ao menos a presença de uma lesão de cárie, totalizando 570 dentes afetados, destes, 73,5%(n=419) era do componente cariado, 19,8% (n=113) restaurados e 6,7% (n=38) extração indicada ou perdido devido a cárie.

Em relação a distribuição do número de dentes acometidos pela doença cárie por criança, percebeu-se que 33,4% dos escolares apresentavam de 1 a 5 dentes com experiência de cárie e 9,5% mais de 6 dentes acometidos pela cárie.

2.3. Avaliação da influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos escolares:

Observou-se através dos dados obtidos por meio da aplicação do CPQ₁₁₋₁₄ que a amplitude de respostas às questões variaram de 0 a 43 (de um total de 64 pontos) com média de 12,8 (DP=8,6). A prevalência de crianças com qualidade de vida prejudicada foi de 98,1%(n=261). Observou-se correlação entre a presença de cárie dentária e a influência da saúde bucal na qualidade de vida (tabela 3).

Quando as crianças foram questionadas sobre como consideravam a saúde dos dentes, lábios, boca e maxilares, 37,6% (n=100) consideravam boa e 28,9% (n=77) regular. Em relação a dor, 40,2% (n=107) relataram não ter sentido dor nos últimos 3 meses, e 27,1% (n=72) uma ou duas vezes.

A tabela 4 mostra as médias por quesito e a distribuição por domínios do CPQ₁₁₋₁₄.

Tabela 4. Média aritmética dos escores por quesito e domínios do CPQ₁₁₋₁₄, Patos, 2017.

<i>Quesitos do CPQ₁₁₋₁₄ por domínio</i>	Média dos escores por quesito	
	[0-nunca – 4-Todos os dias ou quase todos os dias]	Média por domínio
	Média	
Sub-escala CRIANÇA		
Domínio dos Sintomas Oraís		
1.Dor nos dentes, lábios, maxilares ou boca?	1,01	
2.Feridas na boca?	0,53	
3.Mau hálito?	1,04	1,0
4.Restos de alimentos presos dentro ou entre os dentes?	1,42	
Domínio das limitações funcionais		
5.Demorou mais que os outros para terminar a refeição?	1,01	
6.Dificuldade para morder ou mastigar alimentos duros como maçãs, espiga de milho ou carne?	0,59	
7.Dificuldade para dizer alguma palavra?	0,67	0,84
8.Dificuldade para beber ou comer alimentos quentes ou frios?	1,11	
Domínio do Bem-estar Emocional		
9.Ficou irritado(a) ou frustrado(a)?	0,60	
10.Ficou tímido, constrangido ou com vergonha?	0,81	
11.Ficou chateado?	0,73	0,75
12.Ficou preocupado com o que outras pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares?	0,87	
Domínio do Bem-estar Social		
13.Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças?	0,58	
14.Discutiu com outras crianças ou pessoas da família?	0,55	
15.Outras crianças aborreceram ou chamaram por apelidos?	0,76	0,57
16.Outras crianças fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca?	0,39	

2.4. Cárie dentária e fatores socioeconômicos em crianças de 12 anos de idade:

Na tabela 5, pode-se observar por meio de uma análise bivariada, a prevalência de cárie dentária em escolares de 12 anos em relação às variáveis de ordem socioeconômicas, pelo teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$).

Tabela 5. Associação entre a presença de cárie dentária e os fatores socioeconômicos em crianças de 12 anos de idade, Patos, 2017.

<i>CÁRIE DENTÁRIA</i>				
Variável	Ausente	Presente	Total	Valor de p ⁽¹⁾
	n (%)	n (%)	n (%)	
Variáveis crianças				
Sexo				
Masculino	57 (57,6)	42(42,4)	99 (100,0)	0,913
Feminino	95 (56,9)	72(43,1)	167 (100,0)	
Variáveis socioeconômicas				
Escolaridade chefe família				
Analfabeto	8 (27,6)	21 (72,4)	29 (100,0)	0,003
Ensino fundamental incompleto	26 (49,1)	27 (50,9)	53 (100,0)	
Ensino fundamental completo	26 (55,3)	21 (44,7)	47 (100,0)	
Ensino médio	39(59,1)	27 (40,9)	66 (100,0)	
Ensino superior	53 (74,6)	18 (25,4)	71 (100,0)	
Renda mensal familiar				
< 1 salário mínimo	37 (42,0)	51 (58,0)	88 (100,0)	0,001
1 – 2 salário mínimo	57 (57,6)	42 (42,4)	99 (100,0)	
≥3 salários	58 (73,4)	21 (26,6)	79 (100,0)	
Quantidade de pessoas no domicílio				
< 6 pessoas	142 (58,9)	99 (41,1)	241 (100,0)	0,002
≥ 6 pessoas	10 (40,0)	15 (60,0)	25 (100,0)	
Tipo de escola				
Pública	57 (41,9)	79 (58,1)	136 (100,0)	0,001
Privada	95 (73,1)	35 (26,9)	130 (100,0)	
Zona do domicílio				
Rural	7 (31,8)	15 (13,2)	22 (100,0)	0,012
Urbana	145 (59,4)	99 (40,6)	244 (100,0)	
Tipo de Moradia				
Própria	85 (59,9)	57 (40,1)	142 (100,0)	0,062
Financiada	17 (70,8)	8 (29,2)	25 (100,0)	
Alugada	45 (54,4)	36 (45,6)	81(100,0)	
Cedida	5 (27,8)	13 (72,2)	18(100,0)	

⁽¹⁾teste Qui-quadrado / *Significante ao nível de 5,0%

2.5. Cárie dentária e qualidade de vida em crianças de 12 anos de idade:

Houve relação estatisticamente significativa entre a presença de cárie dentária e a qualidade de vida ($p = 0,050$) (tabela 3), e alguns quesitos isolados mostraram também essa associação: “a criança teve dor nos últimos 3 meses?” ($p = 0,000$), assim como em “alimentos presos entre os dentes após as refeições” ($p = 0,016$), “se sentiu constrangido ou com vergonha por causa dos dentes, lábios, boca ou maxilares” ($p = 0,036$), “dificuldade para morder ou mastigar alimentos duros como espiga de milho, maçã” ($p = 0,014$), “outras crianças aborreceram ou chamaram por apelidos” ($p = 0,001$).

A avaliação da qualidade de vida das crianças não apresentou relação estatisticamente significativa com nenhuma variável socioeconômica: sexo ($p = 0,421$), renda mensal familiar ($p = 0,325$), número de residentes por domicílio ($p = 0,467$), escolaridade do responsável ($p = 0,430$), situação da habitação ($p = 0,791$), localização da residência ($p = 0,336$), ou tipo de escola da criança ($p = 0,430$).

DISCUSSÃO

Prevalência de cárie dentária:

A cárie dentária ainda é um problema de saúde pública em todo o mundo, e estudos mostram que a causa também está associada a fatores socioeconômicos, devido à dificuldade ou impossibilidade de acesso aos serviços públicos (Schuch e col., 2015). Embora diversos trabalhos relatem o seu declínio nas últimas décadas (Lauris; Silva; Magalhães, 2012; Mendes e col., 2014), ele ainda não é tão homogêneo como podem supor os levantamentos epidemiológicos, por ser, simplesmente, uma comparação de médias. O que de fato acontece é a polarização da doença, com concentração e aumento da necessidade de tratamento em uma pequena parcela da população (Mendes-Constante e col.; 2014).

Observou o número elevado de crianças de 5 e 12 anos de idade com cárie dentária, corroborando estudos que citam altos valores de prevalência (Azevedo; Valença; Neto, 2012; Dourado e col., 2017), divergindo da presente pesquisa, o estudo de Alves e col. (2015) mostra uma baixa prevalência da doença cárie.

Constatou-se que apenas 35,9% da população estudada com 5 anos de idade estavam livres da cárie dentária, valores muito aquém das metas sugeridas pela Organização Mundial de Saúde para 2010, onde havia indicação de que 90% das crianças com 5 anos estivessem livres de cárie e um CPO-d menor que um aos 12 anos (Brasil, 2011). Pôde-se observar também que, ao comparar os achados deste estudo com os resultados do último levantamento nacional realizado no país, o município de Patos-PB está com percentual de crianças de cinco

anos livres de cárie abaixo tanto do valor nacional (46,6%) quanto da Região Nordeste (41,6%). Em relação as de 12 anos, a porcentagem de crianças livres de cárie em Patos-PB é menor do que o valor nacional (43,5%) e maior que a Região Nordeste (37,7%) (Brasil, 2011).

Ao avaliar os resultados do SB Brasil 2010 (Brasil, 2011), foi constatado que uma criança brasileira aos 5 anos de idade possui um ceo-d médio de 2,43 e aos 12 anos um CPO-d médio de 2,07. Para a cidade de João Pessoa, capital da Paraíba, foi observado um ceo-d médio de 2,61, dados aquém aos encontrados nesta pesquisa com os participantes de 5 anos e CPO-d médio de 2,78 aos 12 anos de idade. No entanto, o valor do ceo-d nas cidades do interior do Nordeste foi de 3,94, corroborando com os valores obtidos na presente pesquisa com participantes de 5 anos, e o valor do CPO-d foi de 3,84, resultado além do encontrado no estudo com crianças de 12 anos de idade. Um estudo semelhante a este também encontrou ceo-d médio elevado em relação ao padrão nacional (Azevedo; Valença; Lima Neto, 2012) e CPO-d abaixo da meta preconizada pela OMS (Berti e col., 2013; De Oliveirai e col., 2015; Müller e col., 2015).

Cárie dentária e Fatores Socioeconômicos:

Neste estudo, optou-se por avaliar, associado à prevalência da cárie dentária, os dados socioeconômicos das famílias envolvidas. Os fatores socioeconômicos apresentam forte influência sobre a condição de saúde bucal (Oliveira e col., 2013; Piovesan e col., 2013; Eskenazi e col.; 2015), afirmação também comprovada neste trabalho. Em estudos semelhantes, Meneghim e col. (2007) não identificou associação entre presença de cárie e nenhum fator socioeconômicos, em contrapartida, Mazzillo e col. (2008) identificou associação entre a presença de cárie e o tipo de escola da criança; Corrêa – Faria e col. (2013) encontraram associação significativa entre a presença de cárie e a renda familiar; Oliveira e col. (2013) associaram a presença de cárie ao número de residentes por domicílio, escolaridade do chefe e tipo de escola da criança e Piovesan e col. (2013) afirmaram que a renda e a escolaridade do chefe são os fatores socioeconômicos de maior associação com a presença da cárie dentária.

Os escolares de 12 anos de idade que estudavam em escolas públicas apresentaram maior prevalência de cárie dentária, resultados também encontrado no estudo de Freire e col. (2010) enquanto que as crianças que estudavam em escolas particulares, moravam em casas próprias e cujas famílias possuíam renda mensal acima de 3 salários mínimos, apresentaram os menores índices de aparecimento da doença. Estudos prévios conduzidos no Brasil

encontraram associação entre experiência de cárie, renda familiar, escolaridade da mãe e impactos na QVRSB de crianças tanto de escolas públicas (Piovesan e col., 2010; Piovesan e col., 2012; Schuch e col., 2015) quanto privadas (Paula e col., 2012; Schuch e col., 2015).

A presença de cárie em relação ao sexo não mostrou relevância significativa neste trabalho, resultado também encontrado em Castillo e col. (2016).

Cárie dentária e qualidade de vida

Mensurar qualidade de vida é um dever árduo, uma vez que a sua avaliação é muito subjetiva e de difícil quantificação. A escolha, especificamente, pelo instrumento que foi utilizado com as crianças de 5 anos de idade (B-ECOHIS), se deu devido este ser respondido pelos pais, direcionado para avaliação da influência da saúde bucal na qualidade de vida da criança e da família e por ser o instrumento de escolha da maioria dos trabalhos nessa área (Kumar e col., 2014). Sendo, portanto, capaz de se obter no presente estudo, a percepção sobre a qualidade dos pais das crianças.

A associação entre cárie dentária e qualidade de vida apresentou-se estatisticamente significativa. Achados semelhantes a este, confirmando a forte correlação entre a cárie dentária e a qualidade de vida, podem ser encontrados em outros estudos (Ramos-Jorge e col., 2013; Martins-Júnior e col., 2013), em contrapartida, o estudo de Menezes e col. (2009) divergiu dos achados da presente pesquisa, uma vez que as crianças não apresentaram impacto na qualidade de vida em relação à experiência de cárie, quando da aplicação do B-ECOHIS.

O sentimento de dor, desconforto, dificuldades para dormir, se alimentar e irritação, foram os itens de maior impacto na qualidade de vida, baseada na avaliação do B-ECOHIS, fato comprovado também em diversos outros estudos sobre o tema (Kramer e col., 2013; Barbosa e col., 2013). No entanto, em relação à socialização, esta não foi afetada nas crianças de 5 anos de idade do referido estudo, uma vez que o Domínio da Interação Social foi o que sofreu menor impacto em relação à condição de saúde bucal.

A dificuldade para dormir foi um dos itens de maior impacto na qualidade de vida baseada na avaliação do B-ECOHIS, demonstrando o quanto a dor e o desconforto, ocasionado pela cárie dentária, interfere no sono das crianças, impactando negativamente na qualidade de vida. Estudos como os de Gradella e col. (2011) confirmam tal afirmação.

Na avaliação da qualidade de vida pelo B-ECOHIS, observou-se que o domínio da Angústia dos Pais apresentou a segunda maior média, ficando atrás apenas do Domínio dos Sintomas, o que quer dizer que os pais se sentem culpados pela condição de saúde bucal dos

seus filhos, fato também relatado por outros autores na literatura (Xavier e col., 2012; Kramer e col., 2013), no entanto, esses mesmos pais não tomam uma atitude de sanar essa doença, já que ela é passível de controle e socialmente evitável. Esse fato pode ser comprovado pela alta prevalência de cárie dentária encontrada nesse estudo (65,1%), com 92,6% do componente cariado.

Outro dado importante e relacionado a esse tema seria com relação ao quesito “impacto financeiro” do B-ECOHIS, que apresentou a terceira menor média (0,1), afirmando que o orçamento dos pais não foi comprometido pelo problema de saúde bucal do filho, o que pode ser justificado pela não procura dos serviços de saúde particular ou mesmo, um bom acesso aos serviços de saúde pública.

No presente trabalho, por meio da aplicação do B-ECOHIS, observou-se que o Domínio dos Sintomas foi o que causou maior impacto na qualidade de vida, sendo a dor, um dos problemas mais frequentes nas crianças com cárie dentária, tais achados também podem ser comprovados por outros estudos semelhantes (Kramer e col., 2013; Ramos-Jorge e col., 2013).

Por meio da aplicação do CPQ₁₁₋₁₄, observou-se uma associação entre cárie dentária e qualidade de vida, resultado também encontrado em Eskenazi e col. (2015) e Fernandes e col. (2013), divergindo do estudo de Menezes e col. (2009) que não encontrou associação estatisticamente significativa. Alguns quesitos isolados também mostraram associação com a presença de cárie dentária, como “restos de alimentos presos entre os dentes”, esta foi a questão que obteve maior média de resposta incluída no domínio dos sintomas orais e este achado pode ser comprovado também em Alves; Gonçalves (2009).

Os principais impactos da condição oral na qualidade de vida dos participantes neste estudo relacionam-se com “Sintomas Oraís” e as “Limitações Funcionais”, esses dois domínios também foram os mais prevalentes em outro estudo (Alves; Gonçalves, 2009), enquanto que o domínio do bem-estar foi o de menor impacto, divergindo de outros estudos (Fernandes e col., 2013; Eskenazi e col., 2015).

Quando se comparou os quesitos semelhantes que estão inseridos no questionário do B-ECOHIS e CPQ₁₁₋₁₄, pôde-se avaliar que o domínio dos sintomas foi o de maior média em ambos. Em relação a auto-imagem observou-se que os quesitos que obtiveram maiores médias no bem estar emocional e social foram: “Ficou preocupado com o que outras pessoas pensam sobre os seus dentes”, “Ficou constrangido ou com vergonha”, “outras crianças aborreceram ou chamaram por apelidos” e “evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças”. Estes resultados mostram que nos escolares de 12 anos essa é a fase de socialização e

preocupação com a aparência, diferentemente do resultado das crianças de 5 anos, que em relação a auto-imagem pôde-se observar que no B-ECOHIS esse foi o domínio de segundo menor impacto.

Qualidade de vida e fatores socioeconômicos

O presente estudo não identificou correlação estatisticamente significativa entre os fatores socioeconômicos e a qualidade de vida, em nenhum dos dois instrumentos utilizados, diferentemente de outros estudos (Kumar, Kroon e Lalloo, 2014; Abanto e col., 2014). No entanto, pôde-se constatar que tanto as crianças, como seus familiares, apresentam a qualidade de vida comprometida em função das alterações bucais. Sabendo-se, portanto, que a condição de saúde bucal sofre bastante influência dos fatores socioeconômicos, como já abordado anteriormente, não se pode dissociar a avaliação da qualidade de vida das condições socioeconômicas.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo constataram uma alta prevalência de cárie dentária na população estudada, com percentual elevado do componente não tratado da doença. Observou-se associação entre a ocorrência da cárie e os fatores socioeconômicos, além da forte influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida da criança. Estes dados chamam a atenção para a necessidade de políticas públicas voltadas para essa população com ênfase em ações educativas, preventivas, assistenciais e de promoção a saúde, direcionadas à melhoria das condições de saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida da criança.

REFERÊNCIAS

ABANTO, J.; CARVALHO, T.S.; BÖNECKER, M.; ORTEGA, A.O.; CIAMPONI, A.L.; RAGGIO D.P. Relatos dos pais da qualidade de saúde oral de vida de crianças com paralisia cerebral. BMC Saúde Bucal. 2014 Jun 18;

ALVES, Daniel Sá; GONÇALVES, Ana. Impacto da saúde oral na qualidade de vida de jovens entre os 11 e os 14 anos. 2009.

ALVES, Nayara Silva et al. Determinantes Sociais e sua Relação com a Experiência de Cárie em Adolescentes: um Estudo Transversal. Journal of Health Sciences, v. 17, n. 2, 2015.

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A.; FRAZÃO, P. Cárie dentária in: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. 1 ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 2006. p.49-67.

AZEVEDO AC, VALENÇA AMG, LIMA NETO EA. Perfil epidemiológico da cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos residentes no Município de Bayeux, Paraíba. *Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais* 2012; 48(02): 68-75

BARBOSA, T.DE S.; TURELI, M.C.; NOBRE-DOS-SANTOS, M.; PUPPIN-RONTANI, R.M.; GAVIÃO, M.B. The relationship between oral conditions, masticatory performance and oral health-related quality of life in children. *Arch Oral Biol.*v.58,n.9, p.1070-7, 2013.

BENDO, C. B. et al. Association between treated/untreated traumatic dental injuries and impact on quality of life of Brazilian schoolchildren. *Health Qual Life Outcomes*, v.8, n.114, p.1-8, 2010

BERTI, MARINA et al. Levantamento epidemiológico de cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos de idade do município de Cascavel, PR. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 403-6, 2013.

Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde.2011; Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde.

BRIZON, Valéria Cândido et al. Indicadores socioeconômicos associados à cárie dentária: uma revisão crítica. *Unimontes Científica*, v. 16, n. 1, p. 79-91, 2015.

CASTILLO, Luciano Oliveira et al. Prevalência de cárie dentária nos alunos da Escola Municipal Adelmo Simas Genro, Santa Maria, RS: uma análise descritiva parcial. *Disciplinarum Sciential Saúde*, v. 7, n. 1, p. 121-125, 2016.

COCHRAN, W.G. *Sampling Techniques* 1977; Third Edition. Nova Iorque: Wiley.

CORRÊA-FARIA P, MARTINS-JÚNIOR PA, VIEIRA-ANDRADE RG, MARQUES LS, RAMOS-JORGE ML. Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers. *Braz Oral Res.* 2013; Jul-Aug;27(4):356-62.

DA ROCHA DOURADO, MAURÍCIO et al. PREVALÊNCIA DE CÁRIE EM ESCOLARES DA ZONA RURAL DE INDAIABIRA, MINAS GERAIS, BRASIL. *Revista de APS*, v. 20, n. 1, 2017.

DE OLIVEIRAI, Lorena Batista et al. Cárie dentária em escolares de 12 anos: análise multinível dos fatores individuais e do ambiente escolar em Goiânia. *REV BRAS EPIDEMIOL*, v. 18, n. 3, p. 642-654, 2015.

ESKENAZI, E.M.S.; SOUSA, K.G.; AGOSTINI, L.T.P.; BARBOSA, T.S.; CASTELO, P.M. Avaliação da experiência de cárie e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de escolares. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 28(2): 198-205, abr./jun., 2015.

FERNANDES, M. L. M. F. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento ortodôntico: impacto na qualidade de vida de escolares. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v.13, n.1, p.37-43, 2013.

FIGUEIREDO, M.C.; PEIXOTO, L.T.; COVATTI, F.; SILVA, K.V.C.L.; JARDIM, L.E. Saúde Bucal de Pessoas em Situação de Pobreza Extrema Residentes em um Município no Sul do Brasil. *UNOPAR CientCiêncBiol Saúde*, v.16,n.1,p.45-50; 2014.

- FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S; XAVIER, M; CHACHAMOVIC, E; VIEIRA, G; SANTOS, L; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev. Saúde Pública. v.33,n.2, p. 198-205, 1999.
- FREIRE MCM, REIS SCGB, GONÇALVES MM, BALBO PL, LELES CR. Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil. Rev Panam Salud Publica 2010; 28(2): 86-91.
- GOTTARDO, A.C.; WEBBER, L.P.; ROSSA, J.; AROSSI, G.A. Perda dental anterior influencia a qualidade de vida relacionada a saúde oral. Revista de Iniciação Científica da ULBRA Canoas, n.13, p.60-70, 2015.
- GRADELLA CM, BERNABE E, BONECKER M, OLIVEIRA LB. Caries prevalence and severity, and quality of life in Brazilian 2- to 4-year-old children. Community Dent Oral Epidemiol. 2011. Epub 2011/06/23
- KRAMER PF, FELDENS CA, FERREIRA SH, BERVIAN J, RODRIGUES PH, PERES MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. Community Dent Oral Epidemiol. 2013; Aug;41(4):327-35.
- KUMAR, S.; KROON, J.; LALLOO, R. A systematic review on the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes.v.12, n.1, p.41, 2014.
- LAURIS JR, SILVA BR, MAGALHAES BJR. Decline in dental caries among 12-year old children in brazil, 1980-2005. int dent j. 2012. 62(6):308-14.
- MARTINS-JÚNIOR PA, VIEIRA-ANDRADE RG, CORRÊA-FARIA P, OLIVEIRA-FERREIRA F, MARQUES LS, RAMOS-JORGE ML. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. Caries Res.2013;47(3):211-8
- MASSARENTE, D.B.; DOMANESCHI, C.; MARQUES, H.H.; ANDRADE, S.B.; GOURSAND, D.; ANTUNES, J.L.F. Oral health-related quality of life of paediatric patients with AIDS. BMC Oral Health.v.11, n.2, 2011.
- MAZZILLO MM, ALMEIDA ER, DUARTE DA, SANT'ANNA GR. Cárie dentária relacionada às condições sócio-econômicas e qualidade de vida na infância. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2008; 53(3):107-12.
- MELO, M.M.D.C.; SOUZA, W.V.; LIMA, M.L.C.; BRAGA, C. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. CadSaude Publica. v.27, n.3,p. 471-485, 2011.
- MENDES CH, SOUZA ML, BASTOS JL, PERES MA. Tendências da cárie dentária em escolares brasileiros: 40 anos de monitoramento (1971-2011). Int Dent J. 2014; Feb 8.
- MENEGHIM, M. C.; KOZLOWSKI, F. C.; PEREIRA, A. C. et al. A socioeconomic classification and the discussion related to prevalence of dental caries and dental fluorosis. Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n.2, p.523-529, 2007.
- MENEZES, K. E. et al. Avaliação do impacto da doença cárie na qualidade de vida de crianças com faixa etária de 6 a 12 anos, atendidas na clínica odontológica da Faculdade São Lucas. Rev Odontol Univ Cid São Paulo, v. 21, n. 1, p. 24-30, 2009.

MÜLLER, Ida Beatriz et al. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 4, p. 759-770, 2015.

OLIVEIRA, L.J.; CORREA, M.B.; NASCIMENTO, G.G.; GOETTEMS, M.L.; TARQUINIO, S.B.; TORRIANI, D.D.; DEMARCO, F.F. Inequalities in oral health: are schoolchildren receiving the BolsaFamilia more vulnerable? *Rev Saude Publica*.v.47,n.6,p.1039-47, 2013.

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,p.37-43, 2008.

PAULA JS, LEITE IC, ALMEIDA AB, AMBROSANO GM,PEREIRA AC, MIALHE FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:6.

PIOVESAN C, ANTUNES JL, GUEDES RS, ARDENGHI TM. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL). *Qual Life Res*. 2010;19(9):1359-66.

PIOVESAN C, ANTUNES JL, MENDES FM, GUEDES RS, ARDENGHI TM. Influence of children's oral healthrelated quality of life on school performance and school absenteeism. *J Public Health Dent*. 2012;72(2):156-63.

PIOVESAN, C.; TOMAZONI, F.; DEL FABRO, J.; BUZZATI, B.C.; MENDES, F.M. ANTUNES JL, ARDENGHI TM. Inequality in dental caries distribution at noncavitated and cavitated thresholds in preschool children. *J Public Health Dent*.2013 Sep 11.

RAMOS-JORGE, J.; PORDEUS, I.A.; RAMOS-JORGE, M.L.; MARQUES, L.S.; PAIVA, S.M. Impact of untreated dental caries on quality of life of preschool children: different stages and activity. *CommunityDent Oral Epidemiol*. 2013, Nov.

REBELO, S.T.C.P.; SANTANNA, G.R. Prevalência de cárie dental em escolares de 12 anos na rede municipal de ensino de Parnaíba Piauí.*Rev. Interd. Ciên. Saúde*, ago-out, 2015.

SCARPELLI, A.C.; PAIVA, S.M.; VIEGAS, C.M.; CARVALHO, A.C.; FERREIRA, F.M.; PORDEUS, I.A. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* Aug;v.41,n.4,p.336-44, 2013.

SCHUCH, Helena Silveira et al. Oral health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 25, n. 5, p. 358-365, 2015

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

XAVIER A, CARVALHO FS, BASTOS RS, CALDANA ML, BASTOS, JRM. Dental caries-related quality of life and socioeconomic status of preschool children, Bauru, SP. *Braz. j. oral sci*. 2012; 11(4): 463-468, Oct.-Dec.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo constataram uma alta prevalência de cárie dentária na população estudada, com percentual elevado do componente não tratado da doença. Observou-se correlação entre a ocorrência da cárie e os fatores socioeconômicos, além da forte influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida da criança. Estes dados chamam a atenção para a falta de acesso ao serviço como também a não fluoretação das águas de abastecimento público na localidade e ao baixo incentivo a políticas públicas preventivas em saúde, tendo um enfoque mais individual e abordagem tecnicista. A atenção preventiva e promocional deve ser realizada de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida (BRASIL, 2010).

Percebeu-se uma necessidade de ações educativas, preventivas, assistenciais e de promoção a saúde, direcionadas à melhoria das condições de saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida da criança.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: CÁRIE DENTÁRIA E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS DE 5 E 12 ANOS DE IDADE NO MUNICÍPIO DE PATOS - PB, sob orientação da Profa. Dra. Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa.

1. JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

O **motivo** que nos leva a estudar a prevalência de cárie em pré-escolares e escolares da cidade de Patos - PB e sua associação com qualidade de vida é que os problemas bucais exercem implicações no bem-estar geral e consequentemente nas atividades do cotidiano, podendo ter influência direta na qualidade de vida das crianças, e a pesquisa se **justifica** pois a relação entre saúde bucal e qualidade de vida tem merecido uma atenção especial dos profissionais da Odontologia, principalmente devido à importância da dor de dente e dos impactos físicos e psicossociais que a mesma pode provocar na vida dos indivíduos.

O **objetivo** desse projeto é investigar o impacto dos problemas bucais, especialmente a cárie dentária, na qualidade de vida de pré-escolares e escolares do município de Patos - PB.

Os **procedimentos** de coleta de dados serão realizados da seguinte forma: A pesquisa contará com a realização de um exame clínico direto da cavidade bucal das crianças, para avaliação da prevalência de cárie e pela aplicação de formulários específicos direcionados aos alunos e aos seus respectivos pais, que avaliam o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida dessas crianças. Esses formulários são constituídos por questões simples e diretas, formulados e adaptados a linguagem local, sendo um específico para crianças na faixa etária de 5 e 12 anos e o outro direcionado aos seus pais, sendo os mesmos aplicados no próprio ambiente escolar, tendo prévia autorização das instituições de ensino. A avaliação das condições de saúde bucal será por meio de um exame clínico. Os exames clínicos serão realizados por um examinador e anotador previamente calibrados. Os pré-escolares serão examinados nas dependências das escolas e creches em local sob iluminação natural, ventilado e próximo de uma fonte de água, estando examinador e criança sentados em cadeiras. Para os exames clínicos da cavidade oral, previamente será realizada escovação supervisionadas nas crianças, e utilizados gazes para secagem das superfícies dentárias, espelhos bucais e sonda periodontal da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos (WHO, 1997), sendo esse um procedimento considerado não invasivo e portanto, indolor.

2. DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

Sendo o exame clínico um procedimento não-invasivo, não há desconforto iminente durante a sua realização. Os riscos relativos à participação do aluno e seus pais nessa pesquisa são mínimos e irrelevantes e os benefícios que os mesmos terão, serão diretos, relativos ao desenvolvimento de

motivação para bons hábitos e melhoria da saúde bucal e conseqüentemente melhorias no bem-estar e na qualidade de vida.

3. FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Os alunos detectados com a presença de dentes cariados ou com necessidade de tratamento, terão os pais e/ou responsáveis informados e receberão encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde correspondente a área da abrangência do domicílio ou para a clínica escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

4. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E SIGILO

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade, prejuízo ou perda de benefícios.

O pesquisador tratará sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados dessa pesquisa poderão ser enviados ao Sr(a). e permanecerão confidenciais, conforme sua solicitação. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, incluindo divulgação de imagens, se for o caso.

5. CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS

A participação no estudo não acarretará custos para você e nenhum risco de dano a sua saúde ou a do menor e não será oferecida nenhuma compensação financeira adicional.

6. DECLARAÇÃO D(O)A PARTICIPANTE OU DO(A) RESPONSÁVEL PEL(O)A PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também fui informado que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador responsável:

Faldryene de Sousa Queiroz, no telefone (83) 9993 8867 e email falqueiroz@hotmail.com;

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante e representante legal do menor	Data
------	---	------

Nome	Assinatura do Pesquisador/estudante	Data
------	-------------------------------------	------

Nome	Assinatura do Professor/orientador	Data
------	------------------------------------	------

APÊNDICE B- Questionário Socioeconômico

1. Dados gerais

Dados da criança:

Nome: _____

Escola/Creche: _____

Sexo: ()Feminino ()Masculino Data de nascimento: ____/____/____

Peso da criança ao nascer: _____

Dados do responsável:

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Parentesco com a criança: _____

Você é o chefe da família ?() Sim () Não, quem é ? _____

2. Avaliação socioeconômica

(Q. 01) O chefe da família é alfabetizado ?() Sim () Não

Se sim, estudou até que série?

(0) Somente a alfabetização

(1) 1ª a 4ª série

(2) 5ª a 8ª série

(3) 2º grau incompleto

(4) 2º grau completo

(5) Superior incompleto

(6) Superior completo

(Q.02) Qual a profissão do chefe (responsável) ? _____

(Q.03) Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas.

(Q. 04) Renda mensal familiar

() acima de 08 salários mínimos

() entre 05 e 08 salários mínimos

() entre 03 e 04 salários mínimos

() entre 01 e 02 salários mínimos

() abaixo de 01 salário mínimo

Habitação e infra-estrutura: (Q.05) Situação: () própria () financiada () alugada () cedida () outros

Condição:

(Q.06) Zona(localização): () rural () urbana

(Q.07) Condição habitacional: () ótima () boa () regular () insuficiente () precária

(Q.08) Acomodação: () suficiente () insuficiente

Total de cômodos: _____

APÊNDICE C – Ficha Clínica de Avaliação da Saúde Bucal

Escola: _____ Peso ao nascer: _____
 Código da Criança: _____ Peso atual: _____
 Gênero: _____ Altura: _____

CÁRIE DENTÁRIA – CPO-D/ceo-d

				55	54	53	52	51		61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
COROA																		
TRATAMENTO																		
COROA																		
TRATAMENTO																		
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	
				85	84	83	82	81		71	72	73	74	75				

ceo-d - VALOR: _____

ANEXOS

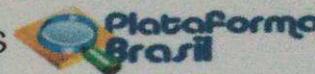
ANEXO A – Carta De Aprovação Do Comitê De Ética Em Pesquisa - CEP

	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA <small>PROTEÇÃO AO BEM-ESTAR DO SUJEITO</small>	FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS/FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS-FIP	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA			
Título da Pesquisa: SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS DE 5 E 12 ANOS DE IDADE DO MUNICÍPIO DE PATOS - PB			
Pesquisador: FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ			
Área Temática:			
Versão: 2			
CAAE: 64883316.1.0000.5181			
Instituição Proponente:			
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio			
DADOS DO PARECER			
Número do Parecer: 1.985.087			
Apresentação do Projeto:			
O estudo classifica-se como transversal, epidemiológico e analítico, cujo objetivo é descrever a condição de saúde bucal de uma população, em determinado tempo e local e verificar sua associação com a qualidade de vida e fatores socioeconômicos, adotando como estratégia de coleta de dados os questionários de qualidade de vida aplicados às crianças e seus respectivos pais, questionário de avaliação socioeconômica e o exame clínico intrabucal das crianças.			
Objetivo da Pesquisa:			
Objetivo Primário:			
- Avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida de crianças de 5 e 12 anos de idade matriculadas em creches e escolas públicas municipais da cidade de Patos-PB.			
Objetivo Secundário:			
- Caracterizar o grupo alvo segundo as variáveis: idade, sexo. - Avaliar a prevalência de cárie dentária por meio do índice ceo-d/CPO-D.			
- Avaliar a influencia da saúde bucal na qualidade de vida das crianças do município de Patos-Pb.			
- Comparar os resultados da avaliação da qualidade de vida nas diferentes faixas etárias (5 e 12 anos).- Comparar os resultados da avaliação sobre a qualidade de vida			
Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N Bairro: Belo Horizonte CEP: 58.704-000 UF: PB Município: PATOS Telefone: (83)3421-7300 Fax: (83)3421-4047 E-mail: cepfip@fiponline.com.br			
<small>Página 01 de 03</small>			



COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
FUNDAÇÃO FRANCISCO
MASCARENHAS/INTEGRADAS DE PATOS

FUNDAÇÃO FRANCISCO
MASCARENHAS/FACULDADES
INTEGRADAS DE PATOS-FIP



Continuação do Parecer: 1.985.087

das crianças baseado na resposta dos pais e da própria criança.

- Verificar o perfil socioeconômico das famílias das crianças.
- Analisar a relação entre cárie dentária, qualidade de vida e condição socioeconômica.-6 - Auxiliar na promoção da saúde bucal por meio de desenvolvimento de indicadores relacionados à cárie dentária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela RESOLUÇÃO 466/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando a relevância do estudo, seus aspectos éticos e metodológicos, nos posicionamos de maneira Favorável à sua realização

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Cumpridas as pendências lançadas no parecer anterior, nos posicionamos de maneira Favorável à realização do trabalho

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pela RESOLUÇÃO 466/2012 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados à Ética envolvendo estudos com/em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.

Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após a apresentação do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto.

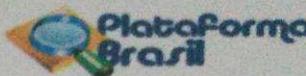
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N
Bairro: Belo Horizonte CEP: 58.704-000
UF: PB Município: PATOS
Telefone: (83)3421-7300 Fax: (83)3421-4047 E-mail: cepfip@fiponline.com.br



COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA

FUNDAÇÃO FRANCISCO
MASCARENHAS/FACULDADES
INTEGRADAS DE PATOS-FIP



Continuação do Parecer: 1.985.087

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_721392.pdf	27/03/2017 15:09:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/02/2017 09:09:47	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/02/2017 17:44:31	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA_DOR.pdf	24/09/2016 00:49:05	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/09/2016 00:46:33	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	20/05/2016 11:08:07	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_DE_AVALIACAO_SOCIOECONOMICA.pdf	20/05/2016 11:02:21	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_ECOHIS.pdf	20/05/2016 11:00:01	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_AUQUEI.pdf	20/05/2016 10:59:01	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_INSTITUCAO.pdf	20/05/2016 10:57:57	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
Outros	FICHA_CLINICA.pdf	20/05/2016 10:56:23	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
Outros	QUESTIONARIOCPQ.pdf	20/05/2016 10:50:13	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/05/2016 10:33:34	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PATOS, 27 de Março de 2017

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador)

Janete Fernandes de Araújo Gomes
Secretária do Comitê de Ética
em Pesquisa CEP/FIP

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N

Bairro: Belo Horizonte

CEP: 58.704-000

UF: PB

Município: PATOS

Telefone: (83)3421-7300

Fax: (83)3421-4047

E-mail: cepfip@fiponline.com.br

ANEXO B- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal na Idade Pré-Escolar

QUESTIONÁRIO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL NA IDADE PRÉ-ESCOLAR (B-ECOHIS)

ESCOLA: _____
 CÓDIGOD A CRIANÇA: _____
 RESPONSÁVEL: _____

	PERGUNTA	RESPOSTA
	1. Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?	
	2. Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	
	3. Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	
	4. Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	
	5. Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	
Sub-escala Criança	5b. Sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	
	6. Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	
	7. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	
	8. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	
	9. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	
	10. Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?	
Sub-escala família	11. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?	
	12. Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?	
	13. Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?	
	TOTAL	

Padrão de resposta:
0 - Nunca
1 - Quase nunca
2 -As vezes
3 - Com frequência
4 - Com muita frequência
5 - Não sei

ANEXO C - Questionário *Child Perception Questionnaire* (CPQ₁₁₋₁₄)

QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DO IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

(CPQ₁₁₋₁₄)QUESTIONÁRIO CPQ₁₁₋₁₄

Oi. Obrigado (a) por nos ajudar.

Este estudo está sendo realizado para compreender melhor os problemas causados por seus dentes, boca, lábios e maxilares. Respondendo a estas questões, você nos ajudará a aprender mais sobre as experiências de pessoas jovens.

POR FAVOR, LEMBRE-SE:

- Não escreva seu nome no questionário;
- Isto não é uma prova e não existem respostas certas ou erradas;
- Responda sinceramente o que você puder. Não fale com ninguém sobre as perguntas enquanto você estiver respondendo-as. Suas respostas são sigilosas, ninguém irá vê-las;
- Leia cada questão cuidadosamente e pense em suas experiências nos últimos 3 meses quando você for respondê-las.
- Antes de você responder, pergunte a si mesmo: "Isto acontece comigo devido a problemas com meus dentes, lábios, boca ou maxilares?"
- Coloque um (X) no espaço da resposta que corresponde melhor à sua experiência.

Data: _____ / _____ / _____.

INICIALMENTE, ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE VOCÊ

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Você diria que a saúde de seus dentes, lábios, maxilares e boca é:

- () Excelente
- () Muito boa
- () Boa
- () Regular
- () Ruim

Até que ponto a condição dos seus dentes, lábios, maxilares e boca afetam sua vida em geral?

- De jeito nenhum
- Um pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Muitíssimo

PERGUNTAS SOBRE PROBLEMAS BUCAIS

Nos últimos 3 meses, com que frequência você teve:

1. Dor nos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

2. Feridas na boca?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

3. Mau hálito?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

4. Restos de alimentos presos dentro ou entre os seus dentes?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

Para as perguntas seguintes...Isso aconteceu por causa de seus dentes, lábios, maxilares e boca? Nos últimos 3 meses, com que frequência você:

5. Demorou mais que os outros para terminar sua refeição?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

6. Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou carne?

- Nunca

- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

7. Dificuldades para dizer algumas palavras?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

8. Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

PERGUNTAS SOBRE SENTIMENTOS E/OU SENSações

Você já experimentou esse sentimento por causa de seus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se você se sentiu desta maneira por outro motivo, responda "nunca".

9. Ficou irritado (a) ou frustrado (a)?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

10. Ficou tímido, constrangido ou com vergonha?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

11. Ficou chateado?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

12. Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes

- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

PERGUNTAS SOBRE SUAS ATIVIDADES EM SEU TEMPO LIVRE E NA COMPANHIA DE OUTRAS PESSOAS

Você já teve estas experiências por causa dos seus dentes, lábios, maxilares ou boca? Se for por outro motivo, responda "nunca".

Nos últimos 3 meses, com que frequência você:

13. Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

14. Discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

15. Outras crianças lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

16. Outras crianças lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca?

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Todos os dias ou quase todos os dias

PRONTO, TERMINOU!

OBRIGADO POR NOS AJUDAR!

ANEXO D - Códigos e Critérios adotados para interpretação do Índice de Cárie Dentária

Código			Condição	Critério
Dentes Decíduos	Dentes Permanentes			
Coroa	Coroa	Raiz		
A	0	0	Hígido	Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como <i>hígidos</i> : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> manchas esbranquiçadas; <input type="checkbox"/> descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI; <input type="checkbox"/> sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI; <input type="checkbox"/> áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; <input type="checkbox"/> lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.
B	1	1	Cariado	<i>Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.</i>
C	2	2	Restaurado mas cariado	Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).
D	3	3	Restaurado e sem cárie	Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistem cárie primária ou recorrente. Um dente com <i>coroa colocada devido à cárie</i> inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).
E	4	-	Dente perdido por cárie	Um dente permanente ou decíduo foi extraído <i>por causa</i> de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa. <i>Dentes decíduos</i> : aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a erupção normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.
F	5	-	Dente perdido por outra razão	Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.
G	6	-	Dente com selante	Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B (cárie).
H	7	7	Apoio de ponte ou coroa	Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para <i>coroas instaladas por outras razões que não a cárie</i> ou para dentes com <i>facetas estéticas</i> . Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5, enquanto o código 9 deve ser lançado na casela da raiz.
K	8	8	Coroa não erupcionada	Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.
I	I	-	Trauma	Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.
L	9	9	Dente excluído	Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Quadro 1- Códigos e critérios adotados para interpretação do índice de cárie dentária – CPO/ceo. OMS, 1999.

Código	Tratamento	Critério
0	Nenhum	A coroa e a raiz estão hígidas, ou o dente não pode ou não deve receber qualquer outro tratamento.
1	Restauração de 1 superfície	Quando a cárie exigir uma restauração que envolva somente uma superfície do dente
2	Restauração de 2 ou mais superfícies	Quando a cárie exigir uma restauração que envolva duas ou mais superfícies do dente
3	Coroa por qualquer razão	Quando a perda de tecido dentário não puder ser recuperada por uma restauração simples, exigindo a colocação de uma coroa.
4	Faceta estética	A perda de tecido dentário em dentes anteriores compromete a estética a tal ponto que uma faceta estética é necessária.
5	Tratamento pulpar e restauração	O dente necessita tratamento endodôntico previamente à colocação da restauração ou coroa, devido à cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma.
6	Extração	Um dente é registrado como indicado para extração, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando: <ul style="list-style-type: none"> • a cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo; • a doença periodontal progrediu tanto que o dente está com mobilidade, há dor ou o dente está sem função e, no julgamento clínico do examinador, não pode ser recuperado por tratamento periodontal; • um dente precisa ser extraído para confecção de uma prótese; ou • a extração é necessária por razões ortodônticas ou estéticas, ou devido à impactação.
7	Remineralização de mancha branca	Quando há presença de lesão branca ativa em esmalte.
8	Selante	A indicação de selantes de fôssulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas, havendo profissionais que não o indicam em nenhuma hipótese. Nesta pesquisa a necessidade de selante será registrada. Sua indicação, conforme regra de decisão adotada pela FSP-USP, será feita na presença simultânea das seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"> • o dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos; • o dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença; • há presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária.
9	Sem informação	Quando não é possível realizar o diagnóstico.

Quadro 2 – Códigos e critérios adotados para interpretação do índice de cárie dentária - Necessidade de Tratamento. OMS, 1999.

ANEXO E - Normas da Revista Saúde e Sociedade Online

Diretrizes para Autores

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome e endereço do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo; afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país, e-mail.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o Sociological Abstracts.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “e col”.

Referências

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos (mais detalhes no site da revista):

• Livro

MINAYO, M. C. de S.; e DESLANDES, S. F. (Org). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

- Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

- Artigo de Periódico

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição de medicamentos sob a ótica do paciente idoso. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.2, p. 207-213, abr. 2001.

- Tese

LIMA, R. T. Condições de nascimento e desigualdade social. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

- Documentos Eletrônicos

SALES, A. C. C. L. Conversando sobre educação sexual. Disponível em: <http://www.violenciasexual.org/textos/pdf/conversando_ed_sexual_ana_carla.pdf> Acesso em: 13 jan. 2003.

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma Scielo:

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.