



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FLAVIANE ALVES MACIEL ROSA

**IMPACTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA PERCEPÇÃO
DA CRIANÇA E DO RESPONSÁVEL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA**

UBERLÂNDIA

2014

FLAVIANE ALVES MACIEL ROSA

**IMPACTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA PERCEPÇÃO
DA CRIANÇA E DO RESPONSÁVEL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA**

Dissertação apresentada ao programa de pós
graduação em ciências da saúde, como parte das
exigências para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de
Rezende

Coorientadora: Prof. Dra. Taís de Souza Barbosa

UBERLÂNDIA

2014

FLAVIANE ALVES MACIEL ROSA

**IMPACTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA PERCEPÇÃO
DA CRIANÇA E DO RESPONSÁVEL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA**

Dissertação apresentada ao programa de pós
graduação em ciências da saúde, como parte das
exigências para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

Professor Externo- Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)- Uberaba-MG

Prof. Dra. Tânia Maria da Silva Mendonça

Universidade Federal de Uberlândia- UFU -Uberlândia-MG

Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende

Universidade Federal de Uberlândia-UFU- Uberlândia-MG

(Orientador)

Uberlândia, 25 de abril de 2014

Dedico este trabalho aos meus pais, que me ensinaram os valores da vida e que nunca mediram esforços para realização dos meus sonhos. Ao meu marido e meu filho, que são alegria, luz e amor em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela presença constante em minha vida, pelas oportunidades que tenho e por ser minha fortaleza nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Aos meus pais, José Silvério e Eliane, agradeço o exemplo de vida, o amor pelos filhos e pela família. Por sempre me incentivar e acreditar no meu potencial.

Ao meu marido Marcelo, pelo amor, apoio, paciência e compreensão nos momentos de estudo.

Ao meu filho, Luís Marcelo, razão do meu viver, por suportar minha ausência em alguns momentos e que, com seu sorriso inocente de uma criança, incentivava-me a prosseguir.

Aos meus irmãos Cristiane, Tatiane e Luciano pela união, apoio, carinho e incentivo sempre. Principalmente a Tati pelas inúmeras revisões linguísticas, por me ensinar e ajudar sempre.

Agradeço a todos os meus familiares e amigos, pelo incentivo e carinho.

Meus sinceros agradecimentos ao Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende, meu orientador, pelo acolhimento no mestrado e que, com dedicação e competência, acreditou em meus ideais, mostrando-me o caminho para ciência, tornando possível a realização desse trabalho.

À minha coorientadora, Prof. Dra. Taís de Souza Barbosa, não há agradecimentos que eu possa expressar em palavras. Agradeço pelo acolhimento e confiança. Mesmo a distância, sempre disposta a ajudar com paciência, dedicação e contribuição intelectual e estatística que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Aos professores Dra Tânia Maria da Silva Mendonça e Dr. Rogério de Melo Costa Pinto, por enriquecerem meu conhecimento com suas argumentações científicas, quando da qualificação dessa dissertação.

À Gabriela Alves Lobo e Érica Chioca pela valiosa contribuição nas interpretações dos dados.

Aos colegas de mestrado, que compartilharam suas experiências e conhecimentos.

Às crianças e pais participantes da pesquisa que, com atenção e carinho, reservaram um pouco do seu tempo, contribuindo com este trabalho. Agradeço pela confiança em meu trabalho técnico, deixando-me cuidar de sua saúde bucal.

À coordenação, à secretaria e aos professores do programa de pós-graduação em ciências da saúde pelos valiosos ensinamentos e formação científica.

Meus sinceros agradecimentos a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

"Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer."

(Albert Einstein)

ROSA, F.A.M. **Impacto do tratamento odontológico na percepção da criança e do responsável sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança.** 2014.55f.Dissertação (Mestrado em Ciência da Saúde)- Programa de Pós Graduação em Ciência da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a percepção e concordância entre os relatos da criança e dos pais/responsáveis sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de crianças submetidas ao tratamento odontológico e cujos responsáveis foram ou não submetidos ao tratamento. Crianças, de 8 a 10 anos de idade, foram submetidas ao tratamento preventivo/curativo em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), e foram divididas em dois grupos: grupo 1, tratamento da criança e do responsável; grupo 2, tratamento somente da criança. Estas foram clinicamente examinadas, por um mesmo examinador treinado, quanto à experiência de cárie dentária (CPOD/ceod) e presença de maloclusões. Para avaliar a percepção da QVRSB da criança e do responsável foram utilizadas as versões brasileiras do Child Perceptions Questionnaire (CPQ₈₋₁₀) e do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ), respectivamente. O exame clínico e aplicação dos questionários foram realizados antes e após 6 meses de tratamento. Os dados foram analisados por estatística descritiva (Qui-quadrado), testes de Shapiro-Wilk, Wilcoxon, Mann-Whitney e Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI). A magnitude da diferença/concordância entre criança e responsável foi calculada pelo tamanho do efeito (*TE*). Apresentaram 2º grau completo de escolaridade 48,6% dos responsáveis do grupo 1 e 8,6% do grupo 2 ($p < 0,05$). Houve aumento significativo na média de CPOD após o tratamento no grupo 2 (1,7 vs 2,1; $p < 0,01$). Ambos os grupos apresentaram menor escore do CPQ₈₋₁₀ pós-tratamento. No pré-tratamento, observou-se menor escore de P-CPQ do que CPQ₈₋₁₀, ao contrário do pós-tratamento para ambos os grupos. No grupo 1, houve concordância entre crianças e responsáveis no pré- e pós-tratamento, no grupo 2 apenas no pós-tratamento. Verificou-se que a participação efetiva do responsável e opção pelo próprio tratamento odontológico pode estar relacionada ao maior nível de escolaridade, à manutenção do estado de saúde bucal da criança e a percepção mais positiva da QVRSB da criança após o tratamento odontológico, bem como à maior concordância entre eles.

Palavras-chave: Crianças. Qualidade de vida. Questionários. Saúde Bucal.

ROSA, F.A.M. **Impact of dental treatment on the perception of children and caregiver for the oral health-related quality of life of the child.** 2014.55f.Dissertation (Master of Health Science) - Graduate Program in Health Sciences, Federal University of Uberlândia, Uberlândia, 2014.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the perception and concordance between child' and caregiver' reports about the oral health-related quality of life (OHRQoL) of children submitted to dental treatment and whose parents were submitted or not to dental treatment. Eight to ten- yr-old children were submitted to preventive / curative treatment in a Basic Unit of Family Healt, and were divided into two groups : group 1 , treatment of children and caregivers; group 2 , treatment of children only. Children were clinically examined by a single trained examiner , who verified dental caries experience (DMFT / dmft) and the presence of malocclusions. Brazilian Portuguese version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ8 - 10) and the Parental - Caregiver Perceptions Questionnaire (P - CPQ) were used to evaluate the child' and caregiver' perceptions of the child' OHRQoL, respectively. The clinical examination and the self application of the questionnaires were used before and after 6 months of treatment . Data were analyzed using descriptive statistics (chi-square) , the Shapiro - Wilk , Wilcoxon , Mann - Whitney tests and intraclass correlation coefficient (ICC). The magnitude of the difference / concordance between child and caregiver was calculated using the effect size (ES). 48.6 % of caregivers of group 1 had 2 years of schooling and 8.6 % of group 2 ($p < 0.05$) . There was significant increase in DMFT after treatment for group 2 (1.7 vs. 2.1 , $p < 0.01$) . Both groups had lower CPQ_{8 - 10} scores at post- treatment. At baseline, P- CPQ scores were lower than CPQ_{8 - 10} scores , as opposed to post- treatment for both groups. In group 1 , there was concordance between children and caregivers at baseline and post-treatment, but just at posttreatment for group 2 . The effective participation of caregivers and their choice for the dental treatment option for dental treatment may be related to higher levels of education , the maintenance of oral health status of children and more positive perception about the child' OHRQoL after dental treatment, as well as higher agreement between them.

Keywords: Children. Quality of life. Questionnaires. Oral Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 . Características clínicas e sócio-demográficas das crianças e dos responsáveis de acordo com os grupos.	21
Tabela 2 . Índices de cáries antes e após tratamento para cada grupo.	22
Tabela 3 . Percepção da qualidade de vida das crianças antes e após tratamento odontológico.	23
Tabela 4 . Comparação das percepções das crianças e pais/responsáveis sobre QVRSB antes e após o tratamento para cada grupo.	24
Tabela 5. Correlação entre os escores do CPQ₈₋₁₀ e P-CPQ antes e após o tratamento odontológico para cada grupo.	25

LISTA DEABREVIATURAS E SIGLAS

ART	Tratamento Restaurador Atraumático
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
ceod	Dentes Cariados, Extraídos e Obturados na Dentição Decídua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COHQOL	Child Oral Health Quality of Life Instrument
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados na Dentição Permanente
CPQ	Child Perceptions Questionnaire
QV	Qualidade de Vida
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
P-CPQ	Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire
PSF	Programa de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Tamanho do efeito
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
3 MÉTODO	17
3.1 Estudo	17
3.2 Participantes	17
3.3 Amostra	17
3.4 Procedimentos	17
3.5 Divisão dos grupos	18
3.6 Questionários	18
3.7 Análise estatística	19
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
7 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	37
APÊNDICE B - Questionário Sócio-Demográfico	37
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFU	39
ANEXO B - Ficha Clínica Odontológica da Criança	41
ANEXO C - Questionário CPQ 8-10	42
ANEXO D - Questionário P-CPQ	47

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é uma medida multidimensional que indica a extensão que a rotina do indivíduo é afetada pelas condições bucais (BAKER, 2007). Similarmente aos adultos, as crianças também são afetadas por diversas doenças/alterações bucais que podem comprometer o seu funcionamento físico e psicossocial (BARBOSA ; GAVIÃO, 2008a).

Tais doenças/ alterações bucais variam desde condições comuns como cárie dentária e maloclusão (PETERSEN,2003; MARQUES et al., 2006) até condições relativamente incomuns como disfunções temporomandibulares e fissuras labiais e/ou palatinas (CERQUEIRA et al.,2005).

Na infância, a cárie dentária é considerada a doença mais comum dentre aquelas que não regredem espontaneamente e nem são passíveis de cura por intervenções farmacológicas de curto prazo. Ela se caracteriza por perda mineral localizada nas superfícies dentárias com acúmulo bacteriano. Os efeitos negativos da cárie dentária sobre a vida das crianças incluem: dificuldade de mastigar, diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade para dormir, alteração no comportamento (irritabilidade e baixa autoestima) e diminuição do rendimento escolar (ASSUMPÇÃO JUNIOR et al, 2000).

Considerando o papel importante da estética dento-facial nas interações sociais e bem-estar psicológico, verifica-se que, muitas vezes, as maloclusões causam inibições nas crianças de sorrirem (MARQUES et al., 2005), além de trazerem transtornos financeiros para os pais (LOCKER et al, 2002; MARQUES et al., 2006). O tratamento das maloclusões tem um grande componente psicossocial e requer o uso de mediadores de saúde bucal relacionado à qualidade de vida (OLIVEIRA ;SHEIHAM, 2004).

Observando a região sudeste do Brasil, 37,8% das crianças de 5 anos de idade (CORTELLAZI et al, 2008) e 48% das crianças de 12 anos (PEREIRA et al., 2007) apresentavam experiência de cárie. Dos 407 escolares, com idade entre nove e 12 anos, 1/3 apresentou necessidade de tratamento ortodôntico (DIAS ;GLEISER, 2009).

Neste contexto, a avaliação do impacto da condição bucal no cotidiano da criança é importante, não somente pelos aspectos funcionais e psicossociais, mas também pelo comprometimento do desenvolvimento e realizações destes indivíduos.

A qualidade de vida (QV) é um conceito subjetivo e sua interação com o campo saúde/doença eleva sua complexidade, porque o impacto da doença na vida de uma pessoa depende de vários fatores, nem sempre controláveis (CERVEIRA, 2003). É um conceito

multidimensional que inclui a percepção subjetiva das funções físicas, psicológicas e sociais, assim como um senso subjetivo de bem-estar (CORLESS et al., 2001; OLIVEIRA ; SHEIHAM, 2004). Vários estudos têm comprovado o impacto negativo das alterações bucais e orofaciais na qualidade de vida de crianças de diferentes faixas etárias e de seus familiares.

Em função do reconhecimento crescente de que a qualidade de vida é um importante mediador de tratamento odontológico, surgiu a necessidade de instrumentos para medir a influência das alterações bucais nas atividades diárias dessas crianças. Estes instrumentos também mostram o impacto psicossocial das principais alterações bucais na vida das crianças de diferentes faixas etárias (BARBOSA et al., 2010).

Até recentemente, a QVRSB das crianças era medida por meio dos pais/responsáveis como informantes. Isto com base em preocupações de que os relatórios sobre sua saúde e QV não atendiam aos padrões psicométricos aceitos de validade e confiabilidade devido a limitações em seu desenvolvimento cognitivo, capacidades e habilidades de comunicação. No entanto, estudos recentes demonstraram que, com técnicas apropriadas ao questionário, é possível obter informações válidas e confiáveis de crianças sobre sua QVRSB (JOKOVIC et al., 2002; 2004).

A percepção de saúde e de doença varia conforme a capacidade cognitiva da criança, a qual se modifica de acordo com a idade, em função dos diferentes estágios de desenvolvimento emocional, social e de linguagem (TESCH et al., 2007). Uma estratégia para abordar as diferentes fases de desenvolvimento da criança é criar múltiplas formas de um mesmo instrumento para crianças, desenhada para diferentes faixas etárias. Esta maneira é vantajosa por levar em consideração os diferentes estágios de desenvolvimento da criança, incluindo sua concepção de doença, assim como causa e impacto. Com esta estratégia, é possível desenhar uma série de questionários, garantindo que o formato e o conteúdo sejam apropriados para a idade de todas as crianças (MATZA et al., 2004).

Levando isso em consideração, Jokovic et al. (2002) construíram o Child Oral Health Quality of Life Instrument (COHQOL), Broder et al. (2005) desenvolveram o Child Oral Health Impact Profile (COHIP), Gherunpong et al. (2004) adaptaram o Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) para uso em crianças, criando o CHILD-OIDP, e Talekar et al. (2004) elaboraram o The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Estes instrumentos também mostram o impacto psicossocial das principais alterações bucais e orofaciais (cárie dentária, maloclusões, fissura labial e/ou palatal e anomalias crânio-faciais) na vida das crianças de diferentes faixas etárias.

O COHQOL é um questionário que objetiva mensurar a QVRSB de crianças com idades entre seis e 14 anos. Este questionário foi desenvolvido por pesquisadores canadenses com o objetivo de avaliar a percepção da criança sobre o impacto das condições bucais no seu funcionamento físico e psicossocial. Este consiste de questionários para grupos etários entre 8 e 10 anos (Child Perceptions Questionnaire - CPQ₈₋₁₀) (JOKOVIC et al., 2004a) e entre 11-14 anos (CPQ₁₁₋₁₄) (JOKOVIC et al., 2002), que visam avaliar a percepção da criança sobre o impacto das desordens orais no seu funcionamento físico e psicossocial, considerando o desenvolvimento cognitivo de cada faixa etária. O CPQ tem sido utilizado em diversos países com diferentes culturas, inclusive no Brasil para avaliar crianças com diferentes doenças/alterações bucais (BARBOSA et al., 2009; 2011a).

Além disso, inclui também o questionário de percepção dos pais sobre a QVRSB da criança (Parental Perceptions Questionnaire – PPQ) (JOKOVIC et al., 2003), bem como a escala de avaliação dos efeitos das desordens orais no funcionamento familiar. Os pais são os principais responsáveis pela saúde da criança, a avaliação da sua percepção sobre a QVRSB da criança mostra-se importante como relato complementar (BARBOSA ; GAVIÃO, 2008b). Este questionário foi validado para língua portuguesa (BARBOSA ; GAVIÃO, 2012) para aplicação em pais/responsáveis.

Deve-se salientar que as crianças não são seres independentes e a família compreende a rede de indivíduos que dá suporte e afeta de forma mais acentuada a qualidade de vida da criança. No sentido inverso, a própria família é afetada pelos problemas de saúde da criança (ANDERSON et al., 2004).

O sistema de atendimento utilizado no Programa de Saúde da Família (PSF) pelas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e infecção. É recomendada a utilização de recursos epidemiológicos na identificação dos problemas da população adscrita para, posteriormente, agir segundo critérios de risco (SOUZA et al., 2001).

Spielman et al (2005) afirmam que o cirurgião-dentista deve ter o conhecimento geral do paciente, ou seja, saber dos seus problemas sob o aspecto biológico, clínico, histórico, psicológico, econômico e social, preocupando-se em integrar o atendimento odontológico ao contexto social e familiar, com vistas a desenvolver uma odontologia mais humanizada e menos mecanicista.

Neste sentido, a promoção de saúde bucal é o principal modo de se prevenir os problemas bucais nos pacientes. A confirmação constante de métodos preventivos de orientação e de ações clínicas faz-se necessária, pois a maior dificuldade do profissional nesse

tipo de atendimento é controlar ou solucionar a sintomatologia dolorosa presente na maioria dos casos e que é consequência, principalmente, da falta de ações odontológicas efetivas de prevenção (Nickel et al., 2008).

Para Wilson e Cleary (1995), as percepções de saúde e qualidade de vida são determinadas não somente pela natureza e gravidade da doença, mas também por características individuais e ambientais. Locker (2007) avaliou as diferenças na percepção de QVRSB em função do nível socioeconômico, sendo encontrado maior comprometimento deste construto em crianças de 11 a 14 anos de baixo nível socioeconômico. Outros estudos têm sugerido a influência de fatores psicológicos, como a autoestima (HUMPHRIS et al., 2005; AGOU et al., 2008) e sintomas de ansiedade e depressão, na percepção da QVRSB de crianças (BARBOSA et al., 2012). O tratamento odontológico também pode influenciar a percepção da criança sobre a sua QVRSB. Paula et al. (2012) encontraram melhora na percepção da QVRSB de escolares após serem submetidos ao tratamento restaurador atraumático (ART), particularmente nos aspectos funcionais. Mashoto et al. (2010) observaram que crianças submetidas ao ART e extração dentária apresentaram percepção mais positiva da sua QVRSB do que crianças submetidas apenas ao ART ou instruções de higiene bucal. Outro estudo encontrou melhora na percepção tanto da criança quanto do responsável da QVRSB da criança após o tratamento odontológico, principalmente curativo (71,4%) (ABANTO et al., 2013). Entretanto, nestes estudos, apenas a criança foi submetida ao tratamento, não foram encontrados trabalhos que avaliem a percepção da criança e do responsável sobre a QVRSB da criança e concordância entre eles, quando os responsáveis também são submetidos ao tratamento odontológico.

Sendo assim, o presente estudo objetivou avaliar a percepção e concordância entre os relatos da criança e do responsável sobre a QVRSB de crianças de 8 a 10 anos de idade submetidas ao tratamento odontológico em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e cujos responsáveis foram ou não submetidos ao tratamento.

2 OBJETIVOS

Avaliar a percepção e concordância entre os relatos da criança e do responsável sobre a QVRSB de crianças de 8 a 10 anos de idade submetidas ao tratamento odontológico em uma UBSF e cujos responsáveis foram ou não submetidos ao tratamento.

3 MÉTODO

3.1 Estudo

Trata-se de um estudo de intervenção composto por amostra de conveniência, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) sob o nº de protocolo 038/12. (CAAE:01611812.7.0000.5152)

3.2 Participantes

A população do estudo constituiu-se de crianças de 8 a 10 anos residentes no bairro Ipanema, do município de Uberlândia-MG, de um total de 200 crianças, e seus respectivos pais/responsáveis.

3.3 Amostra

Crianças de 8 a 10 anos e respectivos responsáveis foram selecionados a partir do cadastro de pacientes infantis em espera para tratamento odontológico em uma UBSF do município de Uberlândia, MG, cujo território abrange uma população de 3794 habitantes. As crianças que estavam na fila de espera para tratamento odontológico foram visitadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e convidadas a participarem da pesquisa juntamente com seus pais/responsáveis, os quais foram informados sobre os objetivos da pesquisa e confidencialidade dos dados. Foram incluídas na pesquisa aquelas crianças cujos pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O tamanho da amostra foi calculado considerando o poder do teste de 80% para detectar diferença clinicamente significativa de 4 pontos entre os escores dos grupos 1 e 2 (descritos posteriormente), intervalo de confiança de 95% e desvio padrão de 10 (JOKOVIC et al., 2002). O número da amostra foi de 70 indivíduos, sendo 35 para cada grupo.

3.4 Procedimentos

As crianças foram clinicamente examinadas, por um mesmo examinador treinado, quanto à experiência de cárie dentária nas dentições decídua e permanente (índices CPOD/ceod) (WHO, 1997) e presença de maloclusões (BRASIL, 2011). O exame clínico foi realizado antes e após 6 meses do tratamento odontológico.

3.5 Divisão dos grupos

As crianças submetidas ao tratamento odontológico foram divididas em dois grupos de acordo com o tratamento ou não do responsável. O grupo 1 consistiu de crianças cujos responsáveis aceitaram ser submetidos ao tratamento odontológico. No grupo 2, somente a criança foi submetida ao tratamento odontológico.

O tratamento odontológico, tanto para a criança quanto para os responsáveis, consistiu de procedimentos preventivos e curativos.

3.6 Questionários

Avaliação sócio-demográfica

Antes do tratamento odontológico da criança, os responsáveis responderam um questionário sobre dados sócio-demográficos (Apêndice B), considerando a idade da criança, idade do responsável, grau de parentesco, grau de escolaridade do responsável e renda familiar.

Avaliação da QVRSB

Para avaliar as percepções da criança e do responsável sobre a QVRSB da criança foram utilizadas as versões brasileiras do CPQ₈₋₁₀ (BARBOSA et al., 2009; 2011b) e do P-CPQ (BARBOSA et al., 2010; BARBOSA ; GAVIÃO, 2012), respectivamente.

O CPQ₈₋₁₀ consiste de 29 questões sobre a frequência de impacto das doenças bucais em quatro domínios: sintomas orais (questões 5 a 9), limitações funcionais (questões 10 a 14), bem-estar emocional (questões 15 a 19) e bem-estar social (questões 20 a 29). As questões 1 e 2 se referem ao sexo e idade da criança, respectivamente. As questões 3 e 4 dizem respeito à percepção global da saúde bucal e bem-estar geral e apresentam opções de resposta que variam de zero (0) a três (3). As demais questões (5 a 29) são medidas com escores de zero a quatro pontos (0=nunca; 1=uma ou duas vezes; 2=algumas vezes; 3=várias vezes; 4=todos os dias ou quase todos os dias). A pontuação total é obtida pela soma dos escores de todas as questões. Quanto maior a pontuação, maior o impacto da condição bucal na qualidade de vida da criança. Desta forma, a criança pode apresentar valores para o instrumento que variam de 0 (nenhum impacto da sua condição bucal sobre sua qualidade de vida) ao escore 100 (máximo impacto da sua condição bucal sobre sua qualidade de vida) (BARBOSA ; GAVIÃO, 2011b).

Os pais/responsáveis de ambos os grupos responderam a versão brasileira do P-CPQ, composta de 35 questões que avaliam a percepção dos pais/responsáveis sobre o impacto das doenças/alterações bucais em quatro domínios em saúde das crianças (sintomas orais, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social. As questões 1 e 2 referem-se à percepção global dos responsáveis sobre a saúde bucal e o bem-estar geral da criança. Apresentam opções de resposta que variam de zero (0) a quatro (4). As demais questões dividem-se em quatro amplas categorias: sintomas orais (questões 3 a 8), limitações funcionais (questões 9 a 16), bem-estar emocional (questões 17 a 24), bem-estar social (questões 25 a 35). As opções de respostas variam de zero (0) a cinco (5) pontos: 0=nunca, 1=uma ou duas vezes, 2=algumas vezes, 3=frequentemente, 4=todos os dias ou quase todos os dias, 5=não sei. A pontuação dos escores é feita da mesma forma que o CPQ8-10. (BARBOSA ; GAVIÃO, 2010).

Estes questionários são correspondentes entre si e apresentam 23 itens que têm concordância e que podem ser comparados. Foram aplicados antes e após 6 meses do tratamento odontológico.

3.7 Análise estatística

Os dados coletados foram analisados, utilizando-se os pacotes estatísticos BioEstat 5.3 (MAMIRAUÁ, BELÉM, PA, BRASIL) e SPSS 18.0 (SPSS INC., CHICAGO, EUA), considerando-se um nível $\alpha = 0,05$. A estatística descritiva consistiu de média, desvio-padrão, porcentagem e teste Qui-quadrado. Por meio do teste de normalidade Shapiro-Wilk, detectou-se desvio da distribuição normal dos dados, sendo assim, testes não-paramétricos foram utilizados.

Para verificar a diferença na média dos índices CPOD/ceod e nos escores do CPQ₈₋₁₀ antes e após o tratamento em cada grupo e entre os grupos foram utilizados os testes Wilcoxon e Mann-Whitney, respectivamente. A magnitude da diferença em cada grupo foi calculada pelo *tamanho do efeito* (TE), dividindo-se a média da diferença (média pré-tratamento – média pós-tratamento) pelo desvio padrão do pré-tratamento: 0,2 pequena magnitude, 0,5 moderada e 0,8 grande. (COHEN,1988).

A concordância entre os relatos do responsável e da criança foram avaliados por meio de análises de comparação e correlação entre os escores do CPQ₈₋₁₀ e P-CPQ (totalizando 23 itens semelhantes). Na análise de comparação, a média da diferença (média P-CPQ – média CPQ₈₋₁₀) e sua magnitude foram verificadas por meio do teste Mann-Whitney e cálculo do TE, respectivamente. Na análise de correlação, calculou-se o coeficiente de correlação intraclass

(CCI) para verificar a concordância entre os escores do CPQ₈₋₁₀ e P-CPQ: <0,2 concordância pobre; 0,21-0,40 fraca; 0,41-0,60 moderada; 0,61-0,80 substancial; 0,81-1,0 excelente a perfeita (KRAMER ;FEINSTEIN, 1981).

4 RESULTADOS

A Tabela 1 ilustra as características da amostra avaliada de acordo com o grupo. Os grupos, com os sujeitos, foram pareados por idade, sexo e maloclusão. Aproximadamente metade dos responsáveis do grupo 1 (48,6%) apresentavam 2º grau completo, ao contrário de 8,6% dos responsáveis do grupo 2 ($p<0,05$). A renda mensal da metade da amostra do grupo 1 foi de 3 a 4 salários mínimos, enquanto 54,3% do grupo 2 relatou receber apenas 1 salário por mês. A mãe foi a responsável mais presente durante o tratamento odontológico (77,1%). Foram realizados tratamentos restauradores em 57,1% das crianças do grupo 1 e 62,9% do grupo 2.

Tabela 1 . Características clínicas e sócio-demográficas das crianças e dos responsáveis de acordo com os grupos.

DP, desvio padrão

* $p<0,05$ (obtido pelo teste Qui-quadrado)

	Continua	
	<i>Grupo 1</i>	<i>Grupo 2</i>
	<i>(tratamento da criança e do responsável)</i>	<i>(tratamento somente da criança)</i>
N	35	35
Idade (média±DP)	9,0±0,9	9,0±0,9
<i>Sexo [n(%)]</i>		
Masculino	20 (57,1)	20 (57,1)
Feminino	15 (42,9)	15 (42,9)
<i>Maloclusão [n(%)]</i>		
Ausente	22 (62,9)	24 (68,6)
Leve	8 (22,9)	8 (22,9)
Moderada	5 (14,3)	3 (8,6)
<i>Escolaridade do responsável [n(%)]</i>		
1º grau incompleto	9 (25,7)	19 (54,3)
1º grau completo	2 (5,7)	3 (8,6)
2º grau incompleto	7 (20,0)	10 (28,6)
2º grau completo	17 (48,6)*	3 (8,6)*
<i>Renda familiar mensal [n(%)]</i>		
1 salário mínimo	13 (37,1)	19 (54,3)
2 salários mínimos	6 (17,1)	10 (28,6)
3 salários mínimos	10 (28,6)	4 (11,4)

4 salários mínimos	6 (17,1)	2 (5,7)
<i>Responsável presente [n(%)]</i>		
Mãe	27 (77,1)	-
Pai	4 (11,4)	-
Avó	2 (5,7)	-
Tia	2 (5,7)	-
<i>Tratamento executado na criança [n(%)]</i>		
Profilaxia	11 (31,4)	6 (17,1)
Restauração	20 (57,1)	22 (62,9)
Exodontia + restauração	1 (2,9)	0 (0,0)
Endodontia + restauração	3 (8,6)	5 (14,3)
Exodontia + endodontia + restauração	0 (0,0)	2 (5,7)

FONTE: ROSA, F.A.M. (2014)

A média (DP) do CPOD/ceo-d para cada grupo antes e após o tratamento pode ser observada na Tabela 2. Houve um aumento significativo na média de CPOD após o tratamento no grupo 2 (1,7 vs 2,1; $p<0,01$). Enquanto o grupo 2 apresentou em média 2,1 dentes permanentes cariados, perdidos e obturados após o tratamento, o grupo 1 apresentou, em média, 1,1 ($p<0,05$).

Tabela 2 . Índices de cáries antes e após tratamento para cada grupo.

DP, desvio padrão; CPOD, soma do número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados; ceo-d, soma do número de dentes decíduos cariados perdidos e obturados. * $p<0,01$ (diferença entre colunas/antes e após o tratamento em cada grupo; teste de Wilcoxon)

† $p<0,01$ (diferença entre linhas/entre os grupos em cada tempo; teste de Mann-Whitney)

	Pré- tratamento	Pós- tratamento
<i>Grupo 1 (tratamento da criança e do responsável)</i>		
CPOD	1,0±1,3	1,1±1,3 [†]
ceo-d	1,9±2,2	1,5±1,9
<i>Grupo 2 (tratamento somente da criança)</i>		
CPOD	1,7±1,7 [*]	2,1±2,0 ^{*†}
ceo-d	2,8±2,3	2,7±2,7

FONTE: ROSA, F.A.M. (2014)

Ambos os grupos apresentaram valores menores no escore total e domínios do CPQ₈₋₁₀ após o tratamento, exceto para os domínios bem-estar emocional e bem-estar social no grupo 2 (Tabela 3). A magnitude variou de pequena a moderada para ambos os grupos, sendo moderada para o escore total ($TE=0,5$) e sintomas orais ($TE=0,7$) no grupo 1 e somente para sintomas orais no grupo 2 ($TE=0,5$).

Tabela 3 . Percepção da qualidade de vida das crianças antes e após tratamento odontológico.

CPQ,child perceptions questionnaire

^aMédia da diferença (média pré-tratamento – média pós-tratamento)

^bES, effect size (média da diferença/desvio padrão pré-tratamento)

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$ (diferença nos escores do CPQ₈₋₁₀ antes e após o tratamento em cada grupo; teste de Wilcoxon)

	Pré- tratamento	Pós- tratamento	Média da diferença ^a	TE^b
<i>Grupo 1 (tratamento da criança e do responsável)</i>				
CPQ ₈₋₁₀ total	15,8±15,1***	7,6±8,2***	8,2	0,5
Sintomas orais	6,6±4,3***	3,4±2,7***	3,2	0,7
Limitações funcionais	2,8±3,3***	1,5±1,9***	1,3	0,4
Bem-estar emocional	3,9±5,7**	1,4±2,7**	2,5	0,4
Bem-estar social	2,6±3,9**	1,4±2,9**	1,2	0,3
<i>Grupo 2 (tratamento somente da criança)</i>				
CPQ ₈₋₁₀ total	18,0±15,1**	12,7±15,4**	5,3	0,4
Sintomas orais	7,6±4,7**	5,4±4,8**	2,2	0,5
Limitações funcionais	3,6±4,0*	2,3±4,2*	1,3	0,3
Bem-estar emocional	3,3±4,2	2,6±4,0	0,7	0,2
Bem-estar social	3,5±4,7	2,3±4,2	1,1	0,4

FONTE: ROSA, F.A.M. (2014)

A Tabela 4 mostra os resultados da análise de comparação entre os escores do CPQ₈₋₁₀ e P-CPQ antes e após tratamento para cada grupo. No grupo 1, observou-se que, no pré-tratamento, a percepção de QVRSB foi mais positiva para os responsáveis do que para as crianças. Esta diferença foi significativa apenas para o domínio sintomas orais, apresentando pequena magnitude ($TE=0,4$). Ao contrário, no pós-tratamento, as crianças relataram melhor QVRSB do que responsáveis, sendo significativa para a escala total e para os domínios sintomas orais e bem-estar social. Estas diferenças variaram de pequena (escore total e sintomas orais) a moderada magnitude (bem-estar social). No grupo 2, as crianças apresentaram percepção mais positiva da QVRSB do que os responsáveis antes do tratamento odontológico, significativamente no domínio bem-estar social ($TE=0,4$). Esta percepção mais

positiva das crianças permaneceu no pós-tratamento, sendo significativa para a escala total e domínio bem-estar social, ambas de pequena magnitude.

Tabela 4 . Comparação das percepções das crianças e pais/responsáveis sobre QVRSB antes e após o tratamento para cada grupo.

CPQ, child perceptions questionnaire; P-CPQ, parental-caregiver perceptions questionnaire; DP, desvio padrão

^aMédia da diferença (média P-CPQ – média CPQ₈₋₁₀)

^bTE, tamanho do efeito (média da diferença/desvio padrão da média da diferença)

*p<0,05; **p<0,01(diferença entre os escores P-CPQ e CPQ₈₋₁₀ em cada tempo para cada grupo; teste Mann-Whitney)

† Diferença entre os escores do responsável e da criança considerando a direção das diferenças

	Pré-tratamento				Pós-tratamento			
	Média (DP) P-CPQ	Média (DP) CPQ ₈₋₁₀	Média da diferença (DP) ^a	TE ^b	Média (DP) P-CPQ	Média (DP) CPQ ₈₋₁₀	Média da diferença (DP) ^a	TE ^b
<i>Grupo 1 (tratamento da criança e do responsável)</i>								
Escala total	11,1 (11,0)	14,6 (14,0)	-3,5 (17,7)	-0,2	11,1 (11,0)	6,6 (7,2)	4,5 (10,6)*	0,4
Sintomas orais	3,8 (2,8)	5,5 (3,5)	-1,7 (4,0)*	-0,4	3,8 (2,8)	2,6 (2,4)	1,2 (2,9)*	0,4
Limitações funcionais	2,3 (3,0)	2,8 (3,3)	-0,5 (4,2)	-0,1	2,3 (3,0)	1,5 (1,9)	0,8 (2,8)	0,3
Bem-estar emocional	1,7 (2,1)	3,9 (5,7)	-2,2 (6,5)	-0,3	1,7 (2,1)	1,4 (2,7)	0,3 (3,4)	0,1
Bem-estar social	3,4 (4,9)	2,5 (3,7)	0,9 (5,9)	0,1	3,4 (4,9)	1,2 (2,5)	2,2 (4,8)**	0,5
<i>Grupo 2 (tratamento somente da criança)</i>								
Escala total	18,1 (11,6)	16,0 (14,1)	2,1 (11,6)	0,2	14,6 (14,3)	11,3 (14,3)	3,3 (7,8)*	0,4
Sintomas orais	5,9 (2,4)	5,8 (3,8)	0,1 (3,9)	0,0	5,0 (2,9)	4,2 (3,8)	0,7 (3,0)	0,2
Limitações funcionais	3,8 (4,2)	3,6 (4,0)	0,1 (3,6)	0,0	3,4 (4,5)	2,3 (4,2)	1,0 (3,2)	0,3
Bem-estar emocional	2,9 (2,8)	3,3 (4,2)	-0,4 (3,3)	-0,1	2,2 (3,2)	2,6 (4,0)	-0,4 (2,3)	-0,2
Bem-estar social	5,5 (5,6)	3,3 (4,4)	2,2 (5,8)*	0,4	4,1 (6,1)	2,2 (3,8)	1,9 (4,3)*	0,4

FONTE: ROSA, F.A.M. (2014)

A Tabela 5 ilustra a concordância entre os escores do CPQ₈₋₁₀ e P-CPQ antes e após o tratamento odontológico para cada grupo. No grupo 1, no pré-tratamento, houve concordância significativa entre os escores da escala total e todos os domínios, exceto sintomas orais, do CPQ₈₋₁₀ e P-CPQ. As concordâncias foram substanciais, exceto para o bem-estar social, que foi moderada (CCI=0,43). No pós-tratamento, o grupo 1 apresentou concordância nos escores da escala total e todos os domínios do CPQ₈₋₁₀ e P-CPQ, variando de substancial (sintomas orais e bem-estar social) a excelente/perfeita (escala total, limitações funcionais e bem-estar emocional). No grupo 2, não houve concordância significativa entre os escores do CPQ₈₋₁₀ e P-CPQ, no pré-tratamento. E no pós-tratamento, observou-se concordância significativa moderada entre os escores do CPQ₈₋₁₀ e P-CPQ, exceto para os domínios bem-estar emocional e bem-estar social.

Tabela 5. Correlação entre os escores do CPQ8-10 e P-CPQ antes e após o tratamento odontológico para cada grupo.

CPQ, child perceptions questionnaire; P-CPQ, parental-caregiver perceptions questionnaire; CCI, coeficiente de correlação intraclasse; IC, intervalo de confiança

* $P < 0,05$; ** $P < 0,01$; *** $P < 0,001$

	Pré-tratamento		Pós-tratamento	
	CCI	(95% IC)	CCI	(95% IC)
<i>Grupo 1 (tratamento da criança e do responsável)</i>				
Escala total	0,74**	(0,50–0,87)	0,90***	(0,81–0,95)
Sintomas orais	0,40	(-0,17–0,69)	0,74**	(0,48–0,86)
Limitações funcionais	0,76***	(0,53–0,88)	0,82***	(0,66–0,91)
Bem-estar emocional	0,73***	(0,47–0,86)	0,88***	(0,76–0,93)
Bem-estar social	0,43*	(-0,11–0,71)	0,75***	(0,51–0,87)
<i>Grupo 2 (tratamento somente da criança)</i>				
Escala total	0,01	(-0,93–0,50)	0,44*	(-0,09–0,71)
Sintomas orais	0,24	(-0,49–0,50)	0,46*	(-0,04–0,72)
Limitações funcionais	0,22	(-0,52–0,60)	0,50*	(0,02–0,74)
Bem-estar emocional	-0,40	(-1,75–0,29)	0,01	(-0,93–0,50)
Bem-estar social	0,12	(-0,72–0,55)	0,28	(-0,40–0,63)

FONTE: ROSA, F.A.M. (2014)

5 DISCUSSÃO

Embora outros estudos tenham avaliado a percepção das crianças e/ou dos responsáveis sobre a QVRSB de crianças submetidas ao tratamento odontológico (MASHOTO et al.; 2010; PAULA et al., 2012; ABANTO et al., 2013), esta é a primeira pesquisa que avaliou a percepção e concordância entre crianças e responsáveis quando o responsável também é submetido ao tratamento odontológico.

Problemas dentários na primeira infância podem ter um efeito muito negativo não só sobre a saúde bucal das crianças, mas em sua qualidade de vida e de suas famílias. Além disso, devem-se considerar os comprometimentos em longo prazo, que estas doenças/alterações bucais acarretam na dentição permanente (DRUMOND et al., 2013).

A maloclusão determina impacto na QVRSB das crianças, principalmente, nos domínios de bem-estar emocional e social. Sabe-se que o impacto significativo de maloclusão na qualidade de vida é psicossocial (MARQUES et al., 2006). Porém, neste estudo, a maloclusão não foi determinante para se avaliar QVRSB, pois a maioria das crianças não apresentava este agravo.

No presente trabalho, a média de CPOD diferiu entre os grupos 1 e 2, após o tratamento odontológico, sendo que o último apresentou maior experiência de cárie, inclusive se comparado ao pré-tratamento. Estes resultados podem ser explicados, considerando que, no grupo 2, o responsável optou por não receber o tratamento odontológico e também não acompanhou a criança à consulta. Sendo assim, somente a criança recebeu as instruções de higiene bucal, não recebendo o reforço e apoio necessários para manutenção do hábito diário em casa. Silva-Sanigorski et al. (2013) verificaram que a maior participação dos pais nos cuidados de saúde bucal esteve associada com maior frequência diária de escovação dental (da criança e dos pais) e maior número de visitas da criança ao dentista. No presente estudo, a adesão ao tratamento odontológico pelo responsável pode ter sido influenciada pelo nível de escolaridade, pois aproximadamente metade dos responsáveis do grupo 1 apresentavam 2º grau completo, enquanto 54,3% do grupo 2 apresentaram 1º grau completo. Ardenghi et al. (2012) também constataram que as mães com maior nível de escolaridade apresentavam maior probabilidade de frequentar a consulta odontológica.

Esta pesquisa veio confirmar que a mãe é a responsável mais presente durante o tratamento odontológico, como também foi verificado no estudo de Virdee et al.(2007). Outro estudo realizado na Nigéria verificou também que a maioria dos acompanhantes de crianças são mães e que o status socioeconômico não tem efeito significativo na escolha do

tipo de tratamento a ser realizado (POPPOLA et al.,2013). A confiança dos pais/responsáveis no dentista, sobre a escolha do tratamento dentário de sua criança e a experiência de tratamento dental passado sugerem a necessidade de educação em saúde bucal para pais/responsáveis e filhos sobre a cárie dentária.

As crianças de ambos os grupos apresentaram percepção mais positiva da QVRSB após o tratamento odontológico. Entretanto, a magnitude da diferença alcançou no máximo 0,7, refletindo moderada mudança, de acordo com os critérios de Cohen (1988). Isto significa que as mudanças, de certa forma, não foram detectadas, o que pode ser justificado pela pequena experiência de cárie dentária, retratada por no máximo três ou quatro dentes nos grupos 1 e 2, respectivamente. Segundo Turton et al. (2014), as mudanças na QVRSB da criança são dependentes da experiência da doença e do tratamento realizado. Estes autores encontraram melhora de pequena magnitude na QVRSB tanto de crianças que não apresentaram cárie quanto nas crianças com incremento de cárie após o tratamento curativo-preventivo utilizado. Similarmente, no presente estudo, os grupos 1 e 2, mesmo apresentando estabilidade e piora no estado de saúde bucal, respectivamente, relataram melhora na QVRSB após o tratamento. No entanto, diferiram quanto aos aspectos de saúde modificados, enquanto o grupo 1 apresentou melhora significativa em todos os domínios da saúde, o grupo 2 apresentou melhora apenas nos aspectos orais e funcionais. A participação efetiva do responsável, tanto no acompanhamento às consultas da criança como na realização do próprio tratamento odontológico, pode ter influenciado percepção mais positiva e multidimensional da saúde nas crianças do grupo 1. Mashoto et al. (2010) encontraram diferenças na percepção da QVRSB da criança em função do tipo de tratamento realizado, crianças submetidas ao ART e extração dentária e que somente receberam instruções orais relataram melhora mais significativa do que as crianças que foram apenas submetidas ao ART. No presente estudo, a restauração foi o tratamento mais frequentemente realizado em ambos os grupos e todas as crianças receberam as instruções de higiene oral. Contudo, o tamanho da amostra não possibilitou a divisão dos grupos de acordo com o tipo de tratamento realizado, sendo necessários novos estudos, incluindo grupo controle, para melhor compreender o impacto do tipo de tratamento na percepção da criança sobre sua QVRSB.

Estudos prévios mostraram a importância da avaliação da percepção dos responsáveis sobre a QVRSB como informação complementar ao relato da criança (BARBOSA ; GAVIÃO, 2008b), uma vez que as suas percepções influenciam em decisões e escolhas sobre a saúde e tratamento da mesma (PARSONS et al., 1999). No presente estudo, no pré-tratamento, os responsáveis dos grupos 1 e grupo 2 sub e superestimaram, respectivamente, o

impacto das condições bucais nos sintomas orais e bem-estar emocional das crianças. A magnitude pequena, mas significativa, nestes domínios, reflete o fato de as crianças nesta faixa etária apresentarem baixa estabilidade na percepção da QVRSB, não somente porque a infância é um período de diversas mudanças na consciência psicossocial (JOKOVIC et al., 2002), mas porque as características dentárias e faciais mudam rapidamente (LOLLAR et al., 2000). Após o tratamento odontológico, as crianças de ambos os grupos relataram percepção mais positiva da QVRSB do que o responsável. No grupo 1, a magnitude variou de pequena para sintomas orais a moderada para bem-estar social, e no grupo 2 a magnitude foi pequena para bem-estar social. Estudos anteriores encontraram maior frequência de respostas “não sei” relatadas pelo responsável para os itens relacionados à sociabilidade da criança (JOKOVIC et al., 2004b; MARSHMAN et al., 2007; BARBOSA ; GAVIÃO, 2012). Entretanto, isto não diminui a importância do relato dos responsáveis em pesquisas sobre a saúde infantil. Embora a informação obtida do responsável seja incompleta, devido à falta de conhecimento sobre certas experiências, especialmente a respeito de atividades e relacionamentos que ocorrem fora do ambiente familiar, a sua percepção é importante para complementar as informações obtidas da criança (JOKOVIC et al., 2004b).

Na análise de correlação, verificou-se concordância moderada a substancial no pré-tratamento entre os responsáveis e as crianças do grupo 1, exceto para os sintomas orais, o que pode ser explicado pela influência das experiências relacionadas à idade, tais como erupção e esfoliação dentária (GHERUNPONG et al., 2004), que favorecem a maior sensibilidade das crianças nesta faixa etária (BARBOSA ; GAVIÃO, 2008c). Por outro lado, no grupo 2, não houve correlação significativa entre os responsáveis e crianças. Após o tratamento odontológico, a magnitude da concordância entre os responsáveis e crianças do grupo 1 variou de substancial a excelente, enquanto que o grupo 2 apresentou concordância significativa apenas para os sintomas orais e limitações funcionais, de magnitude moderada. Estudos prévios sugerem a importância da autoeficácia como determinante do comportamento em saúde, especialmente em relação à saúde bucal (KAKULATE et al., 2010; DE SILVA-SANIGORSKI et al., 2013). No presente contexto, a autoeficácia do responsável consistiria nas ações relacionadas às necessidades de saúde bucal da criança, verificada pelo acompanhamento da criança às consultas odontológicas e pela opção em realizar o próprio tratamento odontológico, o que pode ter favorecido a percepção do responsável mais próxima da realidade da criança no grupo 1.

A existência de múltiplas realidades só confirma a importância da obtenção do relato de ambos, responsável e criança, em estudos sobre avaliação do bem-estar e qualidade de vida

das crianças. No entanto, deve sempre ser reconhecido que os conceitos medidos pelo P-CPQ e CPQ₈₋₁₀ não são idênticos. O CPQ₈₋₁₀ mede a percepção da criança sobre QVRSB, enquanto que o P-CPQ mede a percepção do responsável sobre a QVRSB da criança. A existência destas múltiplas verdades também sugere que ambos os informantes devem ser utilizados quando se estuda o bem-estar e qualidade de vida de crianças com distúrbios orais e orofaciais, mesmo em um nível de grupo. Valiosas informações podem ser perdidas por escolher um sobre o outro, de modo que os relatórios destas duas fontes são mais bem vistos como complementares. No entanto, se os pais/responsáveis são considerados como participantes importantes na saúde de seus filhos, as percepções devem ser medidas independentemente da extensão em que eles se concordam (BARBOSA et al.,2010; ANTUNES et al.2013).

Este estudo apresentou resultados preliminares sobre a concordância entre responsável e criança sobre a QVRSB de crianças submetidas ao tratamento odontológico juntamente com o responsável. Sendo assim, novos estudos são necessários para confirmar estes achados, considerando as limitações da presente pesquisa. As crianças não foram randomizadas em grupos de intervenção e controle. A inclusão do grupo controle favoreceria a comparação válida nas mudanças dos escores ao longo do tempo entre os grupos. Entretanto, há que se considerarem problemas de ordem ética nesse aspecto. O aumento no tamanho da amostra permitiria a comparação entre os diferentes tipos de tratamento odontológico. É possível que os achados de mudança pudessem ser mais significativos e de maior magnitude, após o tratamento odontológico, caso houvesse maior variabilidade e severidade dos agravos bucais encontrados nas crianças.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratamentos odontológicos, aos quais a criança esteja sendo submetida, agem sobre a percepção do seu bem-estar e a presença dos pais/responsáveis durante o tratamento nos trazem informações válidas e confiáveis.

Tal presença traz desfechos realmente importantes (diminuição do índice de cárie e melhoria da percepção de QVRSB). Concordância entre pais/responsáveis e crianças a respeito de QVRSB é maior no pós-tratamento odontológico, principalmente no grupo de crianças com a presença dos pais/responsáveis.

A diminuição do índice de cáries enquanto medida objetiva foi reforçada pela percepção de QVRSB no grupo 1. No grupo 2, a percepção de melhor QVRSB pode ter sido expressa apenas pelo fato de a criança ter sido submetida à intervenção, uma vez que os indicadores objetivos apontaram uma piora no pós-tratamento. Em ambos os casos, fica a perspectiva de que o acompanhamento efetivo de pais/responsáveis pode qualificar, não só sua percepção, como também a manutenção dos indicadores objetivos (índices de cáries). Isto faz supor que a abordagem odontológica no contexto da Saúde da Família possa trazer mais efetividade aos resultados obtidos.

Programas de educação em saúde bucal e a real inserção do dentista nas equipes de Saúde da Família são necessários para proporcionar atenção para toda a família sobre estilos de vida e hábitos de saúde bucal.

Assim, sugere-se que a avaliação do efeito das doenças/alterações bucais sobre a QV pode ser muito útil para auxiliar planejadores de serviços de saúde a estabelecer programas e prioridades institucionais, além de instigar pesquisadores a estudar os determinantes do processo saúde/doença e a realizar futuros estudos com amostras maiores e com acompanhamento longitudinal de crianças nesta faixa etária.

7 CONCLUSÃO

A opção do responsável pelo próprio tratamento odontológico parece estar relacionada ao maior nível de escolaridade. O acompanhamento às consultas odontológicas da criança pelo responsável pode ter favorecido a manutenção do estado de saúde bucal e a percepção mais positiva da QVRSB da criança após o tratamento odontológico. Além disso, a participação efetiva do responsável no tratamento da criança e opção pelo próprio tratamento pode estar relacionada à maior concordância entre eles sobre a QVRSB da criança, reforçando a importância da obtenção do relato de ambos em estudos em saúde.

REFERÊNCIAS

- ABANTO J. et al. Responsiveness to change for the Brazilian Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). **Health Qual Life Outcomes**, London, v.11, n.1, p.137, 2013.
- AGOU S. et al. Impact of self-esteem on the oral-health-related quality of life of children with malocclusion. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St. Louis, Mo, v.4, n.134, p.484-489, 2008.
- ANDERSON H.K.. et al. Changes in aspect of children's oral-health related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. **Int J Paediatr Dent**, Orford, v.14, p.317-325, 2004.
- ANTUNES L.A. et al. Systematic review: change in the quality of life of children and adolescent younger than 14 years old after oral health interventions: a systematic review. **Pediatr dent**, Orford, v.1, n.35, p.37-42, Jan-Fev. 2013.
- ARDENGHI T.M. et al.. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilization in preschool children. **Oral Health Prev Dent.**, New Malden, v.1, n.10, p.17-27, 2012.
- ASSUMPTÃO JUNIOR. F.B. et al. Escala da avaliação de qualidade de vida: (AUQEI- Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para a qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v.58, p.119-127, 2000.
- BAKER S.R. Testing a conceptual model of oral health: a structural equation modeling approach. **J Dent Res.**, [S.l.], v.8, n.86, p.708-712, Aug.2007.
- BARBOSA T.S. et al.. Associations between oral health-related quality of life and emotional statuses in children and preadolescents. **Oral Dis**, [S.l.], v.7, n.18, p.639-647, Oct.2012.
- BARBOSA T.S ; GAVIÃO M.B. Oral health-related quality of life in children: part I. How well do children know themselves? A systematic review. **Int J Dent Hyg**, Oxford, v.2, n.6, p. 93-99, May, 2008.
- _____; _____. Oral health-related quality of life in children: part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. **Int J Dent Hyg**. Oxford, v.2, n.6, p.100-107, May 2008a.
- _____; _____. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. **Int J Dent Hyg**, Oxford, v.2, n.6, p.108-113, May, 2008b.
- BARBOSA T.S., et al. Evaluating oral health-related quality of life measure for children and preadolescents with temporomandibular disorder. **Health Qual Life Outcomes**, [S.l.], v.12, p. 9-32, May, 2011a.

_____; OLIVEIRA C.S; GAVIÃO M.B. Tradução e Adaptação Brasileira do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire(P-CPQ). **Rev Saúde Soc.** ,São Paulo, v.3, n.19, p.698-708, 2010.

_____; TURELI M.C.; GAVIÃO M.B. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. **BMC Oral Health.**,London ,v.18, p.9-13, May 2009.

_____;VICENTIN M.D.;GAVIÃO M.B. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças – Parte I: Versão brasileira do Child Perceptions Questionnaire 8-10. **Cien Saude Colet.**, São Paulo, v.10. n.16, p. 4077-485, Oct. 2011b .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB 2000:** condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador / Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRODER, H.L. et al. Reability and validity of the Child Oral Health Impact Profile. **J Dent Res.**, [S.l],v.85, n.83 (Special Issue A) p.686, 2005.

CERQUEIRA M. N. et al. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos-SP. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.8, p.161-166, 2005.

COHEN J. **Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences**. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

CORLESS I.B.; NICHOLAS P.K.; NOKES K.M. Issues in cross-cultural quality-of-life research. **Image J Nurs Sch** ,Indianapolis ,v.33, p.15-20, 2001.

CORTELLAZZI K.L,. et al.Risk indicators of dental caries in 5-year-old Brazilian children. **Community Dent Health.**[S.l],v.4, n.25, p.253,Dec, 2008.

DE SILVA-SANIGORSKI A. Parental self-efficacy and oral health-related knowledge are associated with parent and child oral health behaviors and self-reported oral health status. **Community Dent Oral Epidemiol**,Copenhagen, v.4,n,41, p.345-352, Aug. 2013 .

DIAS P.F.; GLEISER R. Orthodontic treatment need in a group of 9-12-year-old Brazilian schoolchildren. **Braz Oral Res.**,São Paulo, v.23, n.2, p.182-189, Apr-Jun. 2009.

DRUMOND B.K; MELDRUM A.M.; BOYD D. Influence of dental care on children's oral health and wellbeing. **Br Dent J.**, [S.l],p.214, Jun, 2013..

FEITOSA S.; COLARES V.; PINKHAM J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad Saude pública**,São Paulo, v.21, p. 1550-1556, 2005.

GHERUNPONG S.; TSAKOS G.; SHEIHAM A.. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. **Community Dent Heal**,[S.l] v.21, p.161-169, 2004.

- GHERUNPONG S.; TSAKOS G.; SHEIHAM A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. **Health Qual Life Outcomes**,[S.l],v.2, n.12, p.57, 2004 .
- HUMPHRIS G., et al. Oral health-related quality of life for 8-10-year-old children: an assessment of a new measure. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.5,n.33, p.326-332,Oct, 2005.
- JOKOVIC A.; LOCKER D.; GUYATT G. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. **Qual Life Res.**, [S.l],v.7,n.13, p.1297-1307, Sep.1 2004b .
- JOKOVIC A, et al. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. **J Public Health Dent**, Spring; v.2,n.63, p.67-72,2003.
- JOKOVIC A., et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **J Dent Res**. [S.l],v.7, p.81, p.459-463, Jul, 2002 .
- JOKOVIC A. et al.Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. **Pediatr Dent**,New Delhi ,v.6, n.26, p.512-518, Nov-Dec, 2004a .
- KAKUDATE N. et al. Application of self-efficacy theory in dental clinical practice. **Oral Dis**. Houdmills,v.8,n.16,p.747-752, Nov. 2010.
- KRAMER M.S.; FEINSTEIN A.R. Clinical biostatistics. LIV. The biostatistics of concordance. **Clin Pharmacol Ther**,Toronto,v.1,n.29, p.111-123, Jan.1981.
- LOCKER D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. **Community Dent Oral Epidemiol**. Copenhagen, v.5,n.35,p.348-356, Oct.2007.
- LOCKER, D. Family impact of child oral and oro-facial conditions. **Community dent oral epidemiol.**, Copenhagen ,v.30, p.438-448,2002.
- LOLLAR D.J.; SIMEONSSON R.J.; NANDA U. Measures of outcomes for children and youth. **Arch Phys Med Rehabil**. Chicago, v.12, n.2,p.46-52, Dec. 2000..
- MARQUES L.S. et al.Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento ortodôntico em escolares de 10 a 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial. **Cad Saúde Pública**,São Paulo,v.21, p.1099-1106, 2005.
- _____ et al.. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. **Am J orthhod dentofacial Othop**, St. Louis, Mo, v.129, p.424-427, 2006.
- MARSHMAN Z. et al.Evaluation of the Parental Perceptions Questionnaire, a component of the COHQoL, for use in the UK. **Community Dent Health**,[S.l], v.4,n.24, p.198-204, Dec. 2007.
- MASHOTO K.O. et al. Changes in the quality of life of Tanzanian school children after treatment interventions using the Child-OIDP. **Eur J Oral Sci.**,Copenhagen, v.6,n.118, p.626-634, Dec. 2010.

MATZA, L.S. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. **Value health**, [S.l.], v.7, p.79-92, 2004.

NICKEL D.A.; LIMA F.G.; DA SILVA B.B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.2, n.24, p.241-246, 2008.

OLIVEIRA C.M.; SHEIHAM A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. **J Orthod.**, Mumbai, v.31, p.20-27, 2004.

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

PARSONS S.K., et al. Health-related quality of life in pediatric bone marrow transplant survivors: according to whom? **Int J Cancer Suppl.**, New York, v.12, p.46-51, 1999.

PAULA J.S. et al. Association between oral health-related quality of life and atraumatic restorative treatment in school children: an exploratory study. **Indian J Dent Res.**, Ahmedabad, v.6, n.23, p.738-741, Nov-Dec, 2012.

PEREIRA S.M. et al. Dental caries in 12-year-old schoolchildren and its relationship with socioeconomic and behavioural variables. **Oral Health Prev Dent.**, New Malden, v.4, n.5, p.299-306, 2007.

PETERSEN P.E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.31, Suppl 1, p.3-23, 2003.

POPPOLA B.O.; KOLUDE B.; DENLOYE O.O. Parental attitudes to the care of the carious primary dentition experience from a Nigerian tertiary hospital. **Afr J Med Sci**, Oxford, p.1, n.42, p.65-67, Mar. 2013.

ROSA, F.A.M. **Impacto do tratamento odontológico na percepção da criança e do responsável sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança**. 2014. 55f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Saúde)- Programa de Pós Graduação em Ciência da Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

SOUZA D. J et al. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, São Paulo, v.2, p.7-28, 2001.

SPIELMAN AI et al. Dentistry, nursing and medicine: a comparison of care competencies. **J. Dental Educ**, Copenhagen, v.69, p.1259-1271, 2005.

TALEKAR B.S.; ROZIER G.; SLADE G.D. Development of OHRQoL instrument for preschool children. **J Dent Res**, [S.l.], v.83, (Special Issue A), p.686, 2004.

TESCH, F.C; OLIVEIRA B.H; LEÃO A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida das crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v.11, n.23, p.2555-2564, 2007.

- TURTON B.J. et al.. Responsiveness of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 for Cambodian children undergoing basic dental care. **Int J Paediatr Dent.**,[S.l] , v.10, Jan.2014.
- VIRDEE P.K.; RODD H.D. Who accompanies children to a dental hospital appointment? **Eur Arch Paediatr Dent**, [S.l],v.2, n.8, p.95-98, Jun, 2007 .
- WILSON I.B.; CLEARY P.D. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. **JAMA**,Chicago, v.1, n.273p.59-65, Jan,1995.
- WILSON-GENDERSON M.,;BRODER H.L.; PHILIPS C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**,[S.l],35,p32-42, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Oral health surveys**. Basic methods. Geneva: World Health Organization, 1997.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Seu filho (a) e você estão sendo convidados para participarem da pesquisa intitulada **QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 08 A 10 ANOS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Flaviane Alves Maciel Rosa e Carlos Henrique Alves de Rezende.

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças de 08 a 10 anos atendidas juntamente com seu responsável na Unidade de Atenção Primária de Saúde da Família do bairro Ipanema 1 em Uberlândia - MG.

Para que seu filho participe desta pesquisa é necessário que você também participe. Na sua participação, você irá ser submetido à avaliação individual odontológica, palestras educativas, tratamento odontológico preventivo e curativo e aplicação de um questionário de qualidade de vida para família de crianças atendidas. (PPQ). Após o tratamento odontológico, você terá direito a manutenção odontológica anual como já é de rotina na UBSF.

Em relação ao seu filho (a), será realizada a avaliação individual odontológica (classificação de risco, índice CPO-D e ceo-d), aplicação inicial do questionário de qualidade de vida (CPQ8-10), tratamento odontológico preventivo e curativo. Após 6 meses, será realizado monitoramento da saúde bucal (nova avaliação odontológica) e novamente a aplicação de questionários sobre qualidade de vida (CPQ8-10) para a criança e o questionário para os responsáveis (PPQ).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Flaviane Alves Maciel Rosa na Unidade de Saúde da Família do Bairro Ipanema 1 em Uberlândia-MG.

Em nenhum momento, você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Os questionários aplicados e os atendimentos realizados serão assinalados com numeração cardinal.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Ressalta-se que não há qualquer tipo de risco, pois trata-se de atendimento odontológico de rotina já estabelecido na unidade de saúde. Como benefício, você terá atendimento odontológico para você e seu filho (a).

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Flaviane Alves Maciel (fone: 32116276) ou Prof. Carlos Henrique Alves de Rezende. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, ____ de _____ de _____.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

APÊNDICE B - Questionário Sócio-Demográfico

Iniciais do nome da criança: _____

Data de nascimento da criança: _____ Idade: _____

Iniciais do nome do responsável: _____

Data de nascimento do responsável: _____ Idade: _____

Grau de parentesco com a criança: _____

Grau de Escolaridade:

- ☐ Não alfabetizado (a)
- ☐ Ensino Fundamental Incompleto
- ☐ Ensino Fundamental Completo
- ☐ Ensino Médio Incompleto
- ☐ Ensino Médio Completo
- ☐ Superior Incompleto
- ☐ Superior Incompleto
- ☐ Pós-Graduação

Renda Familiar:

_____ (em salários mínimos)

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFU

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Uberlândia/MG

PROJETO DE PESQUISA

Título: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 08 A 10 ANOS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: CARLOS HENRIQUE ALVES DE REZENDE

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia/ FUFU/ MG

CAAE: 01611812.7.0000.5152

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 12376

Data da Relatoria: 13/04/2012

Apresentação do Projeto:

Atualmente sabe-se que as condições bucais, como cárie, problemas gengivais, dores na face, problemas na posição dos dentes, entre outros, influenciam o modo ou a qualidade de vida das crianças. Portanto, a detecção destas alterações pode contribuir com a melhora da qualidade de vida, pois, se essas forem solucionadas, podem influenciar de modo positivo a vida cotidiana da criança. Um tema que vem recebendo grande destaque é a proposta de atendimento odontológico familiar na atenção primária. O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças de 08 a 10 anos atendidas juntamente com seus responsáveis em uma unidade de atenção primária de saúde da família.

Trata-se de um estudo de intervenção. O grupo de estudo será representado por 100 crianças de 8 a 10 anos que estão na fila de espera para o atendimento odontológico de rotina já existente no bairro. Estas crianças serão visitadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e convidadas a participarem da pesquisa juntamente com seus responsáveis (pai, mãe ou representante legal). Serão incluídas na pesquisa aquelas crianças que o responsável aceite participar e que assinem o termo de livre consentimento. Será realizado atendimento preventivo (palestras, grupos de higiene bucal, escovação supervisionada, orientações sobre dieta) e curativo (tratamento odontológico) nas crianças e seu responsável. Nas crianças, especificamente, será realizado o preenchimento da ficha clínica odontológica com a coleta dos índices COP-D e ceo-d, a classificação de risco odontológico (R1, R2 ou R3) e a aplicação do questionário de qualidade de vida CPQ 8-10 para as crianças e PPQ para os responsáveis. Estas crianças serão monitoradas após 6 meses para nova avaliação do risco odontológico, índices CPO-D e ceo-d, controle e manutenção da saúde bucal, além da nova aplicação dos questionários de qualidade de vida. Crianças pareadas por sexo e faixa etária, atendidas por cirurgiões dentistas da rede municipal em uma escola estadual da cidade (sem o atendimento do seu responsável) constituirão o grupo controle. Nestas crianças atendidas, será utilizado o mesmo critério de atendimento e aplicação dos questionários de qualidade de vida. No grupo controle, será utilizado o mesmo nº de crianças (100 crianças) para que possa fazer o pareamento do estudo por faixa etária e sexo. Com a pesquisa da qualidade de vida de crianças nesta faixa etária, esperam-se os seguintes resultados: 1) Melhoria da qualidade de vida após tratamento odontológico preventivo e curativo. 2) Mudanças de hábitos na estrutura familiar (criança e responsável) como higiene bucal, hábitos alimentares que interfiram na saúde bucal e geral como um todo. 3) Menor índice de cárie em crianças que são atendidas e recebem informações junto com seus responsáveis. 4) Identificação de medidas terapêuticas e profiláticas realmente efetivas. 5) Auxílio a planejadores de serviços de saúde a estabelecer programas e prioridades institucionais. 6) Identificação da UBSF como porta de entrada da atenção odontológica, evidenciando seus benefícios na qualidade de vida das crianças, em relação ao atendimento tradicional.

Hipótese: A qualidade de vida de crianças atendidas juntamente com seu responsável com orientações e cuidados sobre a saúde bucal é melhor do que aquela obtida por crianças atendidas em demanda espontânea.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças de 08 a 10 anos atendidas juntamente com seu responsável na Unidade de Atenção Primária de Saúde da Família do bairro Ipanema 1 em Uberlândia - MG

Objetivo Secundário:

-Avaliar a percepção das crianças sobre a sua própria saúde bucal. -Utilizar questionários de qualidade de vida para crianças nesta faixa etária respondidos por elas que representem suas próprias opiniões. -Correlacionar as variáveis relacionadas à saúde bucal percebidas pelas mães com as sentidas pelas crianças a fim de observar se existe concordância com relação à qualidade de vida. -Mensurar qualidade de vida das crianças

Carlos Henrique Alves de Rezende
folha 1 de 2

antes e após o tratamento odontológico. -Avaliar se há mudanças de hábitos e risco Odontológico quando a criança é atendida junto com seu responsável e ambos recebem orientações sobre saúde bucal. -Mensurar o impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos existentes são os mesmos para os procedimentos de rotina que são aplicados ao tratamento curativo (dolorimento, sangramento), não havendo, portanto, riscos adicionais inerentes à pesquisa. O questionário será respondido pela criança, pela leitura e marcação das respostas, com liberdade de responder ou não. Os exames clínicos seguem os passos de rotina odontológica e as normas de limpeza e assepsia do ambiente odontológico e do instrumental utilizado seguem as normas preconizadas, portanto, serão rigorosamente seguidas. Os pesquisadores se comprometem com o sigilo absoluto sobre a identidade dos sujeitos de pesquisa. Ressalta-se que não haverá identificação do indivíduo, uma vez que os questionários aplicados e os atendimentos realizados serão assinalados com numeração cardinal.

Benefícios:

A pesquisa contribuirá para a melhoria do atendimento odontológico na atenção primária. Por se tratar de um estudo de intervenção, todas as crianças serão beneficiadas com o tratamento preventivo e curativo. Do ponto de vista coletivo, os resultados desta pesquisa podem colaborar para a elaboração de protocolos e organização da atenção à saúde centrada na família e suas necessidades.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão tratados por meio de estatística descritiva. O teste t de student será utilizado para verificar as diferenças pré e pós atendimento odontológico. A correlação de Pearson será utilizada para identificar a influência do tratamento odontológico nos indicadores de qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de relevância científica e social, com bom delineamento, apresenta cronograma e orçamento detalhados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

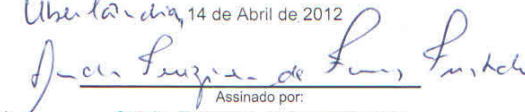
Os termos foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Uberlândia, 14 de Abril de 2012

 Assinado por:
 Sandra Terezinha de Farias Furtado

Folha 2 de 2

ANEXO B - Ficha Clínica Odontológica da Criança

Ficha de Exame das Condições de Saúde Bucal - OMS

ESTADO <input type="text"/>	MUNICÍPIO <input type="text"/>	FLÚOR <input type="text"/>	ANOS FLUORETAÇÃO <input type="text"/>
SETOR CENSITÁRIO <input type="text"/>	QUADRA / VILA <input type="text"/>	ESCOLA <input type="text"/>	LOC. GEOG. <input type="text"/>
EXAMINADOR <input type="text"/>			

INFORMAÇÕES GERAIS

Nº Identificação <input type="text"/>	Idade em anos <input type="text"/>	Idade em meses (somente para bebês) <input type="text"/>
Sexo <input type="text"/>	Grupo Étnico <input type="text"/>	Realização do Exame <input type="text"/>

EDENTULISMO
15-19, 35-44 e 65-74 anos

USO DE PRÓTESE
 Sup Inf

NECESSIDADE DE PRÓTESE
 Sup Inf

ANORMALIDADES DENTOFACIAIS

DAI
(12 e 15-19 anos)
DENTIÇÃO
 Número de I, C, e PM perdidos

MÁ-OCCLUSÃO
(5 anos)

ESPAÇO

Apinhamento na região de incisivos

Espaçamento na região de incisivos

Diastema em milímetros

Desalinhamento maxilar anterior em mm

Desalinhamento mandibular anterior em mm

OCCLUSÃO

Overjet maxilar anterior em mm

Overjet mandibular anterior em mm

Mordida aberta vertical anterior em mm

Relação molar antero-posterior

FLUOROSE DENTÁRIA
12 anos e 15-19 anos

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO
Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

DOENÇA PERIODONTAL

AG
(5 anos)

CPI
12 anos
15-19 anos
35-44 anos
65-74 anos

17/16

11

26/27

47/46

31

36/37

ALTERAÇÕES TECIDO MOLE

PIP
35-44 anos
65-74 anos

Todos os grupos etários

17/16

11

26/27

47/46

31

36/37

ANEXO C - Questionário CPQ 8-10**QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL CPQ 8-10 ANOS**

Olá, Obrigado por nos ajudar com nosso estudo!

Estamos fazendo este estudo para entender melhor as coisas que podem acontecer com as crianças por causa de seus dentes e sua boca.

POR FAVOR, LEMBRE-SE:

- Não escreva seu nome no questionário.
- Isto não é uma prova e não existem respostas certas ou erradas.
- Responda o mais honestamente que puder.
- Não converse com ninguém sobre as perguntas enquanto as estiver respondendo.
- Ninguém que você conhece verá suas respostas.
- Leia cada pergunta cuidadosamente e pense sobre as coisas que aconteceram com você nas últimas 4 semanas.
- Antes de responder, pergunte a Você mesmo: “Isto acontece comigo por causa dos meus dentes ou da minha boca?”
- Coloque um X na caixa () à frente da resposta que for melhor para você.

Data de hoje: ____/____/____

PRIMEIRO, RESPONDA ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE VOCÊ.

1. Você é um menino ou uma menina?
() Menino () Menina
2. Quando você nasceu? ____/____/____ Idade ____
3. Quando você pensa em seus dentes ou boca, você acha que eles são:
() Muito bons
() Bons
() Mais ou menos
() Ruins
4. Quanto seus dentes ou boca lhe incomodam no dia-a-dia?
() Nem um pouco
() Só um pouquinho
() Mais ou menos
() Muito

SINTOMAS ORAIS

5. Você teve dor em seus dentes ou em sua boca?
() Nunca
() Uma ou duas vezes
() Algumas vezes
() Várias vezes
() Todos os dias ou quase todos os dias
6. Você teve locais doloridos em sua boca?
() Nunca
() Uma ou duas vezes

- ☐ Algumas vezes
- ☐ Várias vezes
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias

7. Você teve dor em seus dentes quando tomou bebidas geladas ou comeu alimentos quentes?

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

AGORA RESPONDA ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE ACONTECEU COM SEUS DENTES E SUA BOCA NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS

8. Você sentiu alimento grudado em seus dentes?

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

9. Você teve mau hálito?

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

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS

10. Você precisou de mais tempo que os outros para comer seus alimentos devido aos seus dentes ou sua boca?

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

RESPONDA AINDA SOBRE O QUE ACONTECEU NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS

11. Você teve dificuldade para morder ou mastigar alimentos duros, como maçã, milho verde na espiga ou bife devido aos seus dentes ou sua boca?

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

12. Você teve dificuldade para comer o que gostaria devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?

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

13. Você teve dificuldade para dizer algumas palavras devido a problemas aos seus dentes ou sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

14. Você teve problemas enquanto dormia devido aos seus dentes ou sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

BEM-ESTAR EMOCIONAL

AGORA RESPONDA ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE ACONTECEU COM SEUS SENTIMENTOS NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS

15. Você ficou triste devido aos seus dentes ou sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

16. Você se sentiu aborrecido devido aos seus dentes ou sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

17. Você ficou tímido devido aos seus dentes ou sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

18. Você ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

19. Você ficou preocupado porque Você não é tão bonito quanto os outros por causa de seus dentes ou sua boca nas últimas 4 semanas?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

BEM-ESTAR SOCIAL

RESPONDA ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE ACONTECEU NA SUA ESCOLA NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS

20. Você faltou à escola devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

21. Você teve dificuldade para fazer sua lição de casa devido a problemas com seus dentes ou sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

22. Você teve dificuldade para prestar atenção na aula devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

23. Você não quis falar ou ler em voz alta na aula devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

RESPONDA ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE VOCÊ JUNTO COM OUTRAS PESSOAS QUE ACONTECERAM NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS

24. Você não quis sorrir ou rir quando estava com outras crianças devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

25. Você não quis conversar com outras crianças devido aos problemas com seus dentes ou boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

26. Você não quis ficar perto de outras crianças devido aos seus dentes ou sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

27. Você não quis participar de esportes e ir ao parque devido aos seus dentes ou sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

28. Outras crianças tiraram sarro de você ou lhe apelidaram devido aos seus dentes ou sua boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

29. Outras crianças fizeram perguntas sobre seus dentes ou boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Várias vezes
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias

PRONTO, ACABOU! OBRIGADA POR SUA AJUDA

ANEXO D - Questionário P-CPQ

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL

Percepção dos pais (6-14 anos)

INSTRUÇÕES AOS PAIS

1. Esse questionário é sobre os efeitos das condições bucais no bem estar e vida diária das crianças e desses efeitos sobre suas famílias. Nós estamos interessados em qualquer condição que envolva dentes, lábios, boca e maxilares. Por favor, responda cada questão.

2. Para responder a questão, favor colocar um na caixa próxima à resposta.

3. Por favor, dê a resposta que melhor descrever a experiência de seu filho(a). Se a questão não estiver de acordo com seu filho(a), favor responder “Nunca”.

Exemplo: Com que frequência seu filho(a) teve dificuldade para prestar atenção na escola? Se seu filho(a) teve dificuldade para prestar atenção na escola devido a problemas com os dentes, lábios, boca ou maxilares, escolha a resposta apropriada. Se aconteceu por outras razões, escolha “Nunca”.

4. Por favor, não discuta as questões com seu filho(a), pois estamos apenas interessados na opinião dos pais nesse questionário.

SEÇÃO 1: Saúde bucal e bem-estar da criança

1. Como você classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca de seu filho(a)?

- ☐ Excelente
- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Regular
- ☐ Ruim

2. Quanto o bem-estar geral de seu filho(a) é afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca?

- ☐ Nenhum pouco
- ☐ Muito pouco
- ☐ Um pouco
- ☐ Muito
- ☐ Bastante

SINTOMAS ORAIS

SEÇÃO 2: As questões a seguir são sobre sintomas e desconfortos que as crianças podem sentir devido às condições de seus dentes, lábios, boca e maxilares.

Durante os últimos 3 meses, com que frequência:

3. Seu filho(a) teve dor nos dentes, lábios, maxilares ou boca?

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

4. Seu filho(a) teve sangramentos na gengiva?

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

5. Seu filho(a) teve machucados na boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

6. Seu filho(a) teve mau hálito?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

7. Comida presa no céu da boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

8. Seu filho(a) teve alimento preso dentro ou entre os dentes?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS

9. Seu filho(a) teve dificuldade de morder ou mastigar comidas como maçã, espiga de milho ou carne dura?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

10. Seu filho(a) respirou pela boca?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

11. Seu filho(a) teve problemas durante o sono?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes

- ☐ Frequentemente
- ☐ Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐ Não sei

12. Seu filho(a) teve dificuldade para dizer alguma palavra?

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

Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

13. Seu filho(a) demorou mais que os outros para comer uma refeição?

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

14. Seu filho(a) teve dificuldade para beber ou comer alimentos quentes ou frios?

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

15. Seu filho(a) teve dificuldade para comer alimentos que ele/ela gostaria?

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

16. Seu filho(a) teve uma dieta restrita a certos tipos de alimentos (ex. alimentos moles)?

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

BEM-ESTAR EMOCIONAL

17. Seu filho(a) se sente perturbado(a)?

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

SEÇÃO 3: As questões a seguir perguntam sobre os efeitos que a condição dos dentes, lábios, boca e maxilares de seu filho(a) podem ter no sentimento e nas atividades diárias deles.

Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

18. Seu filho(a) se sente irritado(a) ou frustrado(a)?

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

19. Seu filho(a) se sente ansioso ou com medo?

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

20. Seu filho(a) faltou à escola (ex. dor, consultas, cirurgias)?

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

Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

21. Seu filho(a) teve dificuldade para prestar atenção na escola?

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

22. Seu filho(a) não quis falar ou ler em voz alta na classe?

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

23. Seu filho(a) não quis falar com outras crianças?

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

24. Seu filho(a) evitou sorrir ou rir quando estava perto de outras crianças?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

BEM-ESTAR SOCIAL

25. Seu filho(a) se preocupou que ele/ela não é tão saudável quanto outras pessoas?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

26. Seu filho(a) se preocupou que ele/ela é diferente das outras pessoas?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

27. Seu filho(a) se preocupou que ele/ela não é tão bonito(a) quanto outras pessoas?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

28. Seu filho (a) agiu timidamente ou com vergonha?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

29. Seu filho(a) foi provocado(a) ou apelidado(a) por outras crianças?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

30. Seu filho(a) foi excluído(a) por outras crianças?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

31. Seu filho(a) não quis ou não conseguiu passar um tempo com outras crianças?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

32. Seu filho(a) não quis ou não conseguiu de participar de atividades como esporte, grupos de atividades, teatro, música, viagens de escola?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

33. Seu filho(a) se preocupou que ele/ela tem menos amigos?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

34. Seu filho(a) se sentiu preocupado(a) com o que outras pessoas pensam sobre os dentes, lábios, boca ou maxilares?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

Durante os últimos 3 meses, com que frequência:

35. Seu filho(a) foi questionado por outras crianças sobre os dentes, lábios, boca ou maxilares?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

ESCALA DE IMPACTO FAMILIAR

36. Você ou outro membro da família se sentiu perturbado?

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

SEÇÃO 4: As questões seguintes perguntam sobre efeitos que a condição bucal de seu filho(a) pode ter nos PAIS OU OUTROS MEMBROS FAMILIARES

Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábio, boca ou maxilares de seu filho(a), com que frequência:

37. Você ou outro membro da família teve o sono interrompido?

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

38. Você ou outro membro da família se sentiu culpado?

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

39. Você ou outro membro da família precisou de dispensa do trabalho (ex. dor, consultas, cirurgia)?

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

40. Você ou outro membro da família teve menos tempo para si mesmo ou para família?

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

41. Você ou outro membro da família se preocupou que seu filho(a) terá menos oportunidades na vida (ex. para namorar, casar, ter filhos, arrumar emprego)?

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

42. Você ou outro membro da família se sentiu desconfortável em lugares públicos (ex. lojas, restaurantes) com seu filho(a)?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

43. Seu filho(a) ficou com ciúmes de você ou de outros membros da família?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

44. Seu filho(a) culpou você ou outra pessoa da família?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

45. Seu filho(a) discutiu com você ou outros da família?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábio, boca ou maxilares, com que frequência:

46. Seu filho(a) pediu mais sua atenção ou de outros da família?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

47. Interferiu nas atividades da família em casa ou em outro lugar?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

48. Causou discordância ou conflito na sua família?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

Durante os últimos 3 meses, com que frequência a condição dos dentes, lábios, boca ou maxilares de seu filho(a):

49. Causou dificuldades financeiras para sua família?

- ☐) Nunca
- ☐) Uma ou duas vezes
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Frequentemente
- ☐) Todos os dias ou quase todos os dias
- ☐) Não sei

50. a. Seu filho(a) é:

- ☐) MENINO
- ☐) MENINA

b. Seu filho(a) tem: _____ANOS

Questionário preenchido por:

- ☐) MÃE
- ☐) PAI
- ☐) OUTRO _____

Data do preenchimento: _____ / _____ / _____
DIA MÊS ANO

SEÇÃO 5: Gênero e idade da criança

Nome da criança: _____ Série: _____

Escola: _____