



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



FERNANDA ARANTES DE ALMEIDA

**PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A SAÚDE DE PRÉ-ESCOLARES, FATORES
ASSOCIADOS E O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA**

UBERLÂNDIA

2019

FERNANDA ARANTES DE ALMEIDA

PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A SAÚDE DE PRÉ-ESCOLARES, FATORES ASSOCIADOS E O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Fabiana Sodré de Oliveira

Coorientadora: Me. Késia Lara dos Santos Marques

UBERLÂNDIA

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me guiar nesta jornada, me dando forças e iluminando toda minha trajetória acadêmica.

Aos meus pais, por todo amor, carinho, cuidado e incentivo aos estudos. Sem o sacrifício deles não chegaria até aqui.

Aos meus irmãos, que estão sempre ao meu lado, por todos os momentos de descontração, ajuda e apoio.

A todos meus professores, pelos conhecimentos passados tanto para meu crescimento profissional quanto para o pessoal. Em especial minha querida orientadora, professora Fabiana, por ser fonte de inspiração para minha vida profissional, pela grande ajuda, por todos ensinamentos e pelo carinho e paciência de sempre. A minha coorientadora Késia, por toda prontidão e pelas grandes contribuições dadas para este trabalho.

Aos meus amigos de Batatais e Uberlândia, pela amizade e companheirismo. Em especial, para as minhas grandes amigas Kamila, Fernanda Botelho, Dayanne, Deborah e Rosiane, que percorreram comigo durante toda esta jornada, me proporcionando sempre dias mais doces e felizes.

SUMÁRIO

Resumo.....	6
Introdução.....	7
Material e Métodos.....	8
Resultados.....	11
Discussão.....	11
Conclusão.....	13
Referências.....	14
Tabelas.....	17
Apêndices.....	23
Anexos.....	25

PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A SAÚDE DE PRÉ-ESCOLARES, FATORES ASSOCIADOS E O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

Fernanda Arantes de Almeida¹

Telefone: (16) 99132-4023

e-mail: ferarantesalmeida@gmail.com

Késia Lara dos Santos Marques²

Telefone: (34) 99195-2319

e-mail: marqueskls@yahoo.com.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5565-3234>

Fabiana Sodré de Oliveira³

Telefone: (34) 3225-8146

e-mail: fabianasodre@ufu.br

ORCID: <http://orcid.org/000-002-3621-0216>

¹Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

³Área de Odontologia Pediátrica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Autor para correspondência: Fabiana Sodré de Oliveira

Avenida Pará, 1720 – Bloco 2G – Sala 02 - Campus Umuarama - CEP: 38405-320 - Uberlândia – Minas Gerais

e-mail: fabianasodre@ufu.br

Contribuições:

Fernanda Arantes de Almeida: auxiliou na elaboração do projeto, coletou, tabulou os dados e elaboração do artigo.

Késia Lara dos Santos Marques: auxiliou na elaboração e correção do artigo;

Fabiana Sodré de Oliveira: elaboração do projeto, supervisão da realização da pesquisa, orientou a elaboração e corrigiu o artigo.

Resumo

Objetivo: Avaliar a percepção dos pais sobre a saúde geral e bucal de crianças pré-escolares, os fatores associados e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças e de suas famílias. **Material e Métodos:** Um estudo transversal foi realizado com 60 crianças de 2 a 5 anos de idade atendidas nas clínicas de odontopediatria. Os pais/responsáveis responderam dois questionários autoaplicados, um para caracterização da amostra e avaliação subjetiva da saúde geral e bucal e um indicador sociodental: a versão brasileira da escala de impacto da saúde bucal em pré-escolares “Early Childhood Oral Health Impact Scale” (B-ECOHIS). Foi realizado o exame clínico para diagnóstico da cárie dentária, classificação das lesões traumáticas e avaliação da oclusão e coletados dados do prontuário odontológico. Foram aplicados o teste Qui-Quadrado e o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman ($p < 0,05$). **Resultados:** A saúde geral foi considerada muito boa (56,67%) e boa (36,67%) e a bucal boa (43,33%) e muito boa (35,0%). A prevalência da cárie dentária, traumatismo e má oclusão foi de 58,33%, 15,0% e 28,33%, respectivamente; 55,0% dos questionários preenchidos relataram presença de impacto na qualidade de vida das crianças relacionada à saúde bucal (QVRSB). No Impacto Infantil e no familiar, a irritabilidade (33,33%) e falta ao trabalho (33,33%) foram, respectivamente, as respostas mais frequentes. A presença de cárie dentária e a escolaridade das mães afetaram negativamente a QVRSB ($p < 0,05$). **Conclusão:** A maioria dos pais considera a saúde geral e bucal de seus filhos satisfatória e a presença de cárie dentária e escolaridade materna apresentaram impacto negativo na QVRSB de crianças pré-escolares. **Palavras-chave:** Pré-escolar. Pais. Saúde Bucal. Qualidade de Vida.

Introdução

A cárie dentária, os traumatismos dentários e as más oclusões são problemas bucais comuns em crianças pré-escolares [1,2,3]. Para reduzir a prevalência destas condições bucais são necessários programas de promoção em saúde bucal que apresentem estratégias educacionais e preventivas, como também a conscientização dos pais e/ou responsáveis pelas crianças, uma vez que eles desempenham o papel central na garantia do bem-estar dos seus filhos como também são os principais responsáveis pelos cuidados de sua saúde [4].

Alguns estudos avaliaram as percepções dos pais sobre a condição bucal da criança e os fatores correlacionados e concluíram que a doença real e as necessidades percebidas estão associadas significativamente com as percepções dos pais sobre a saúde bucal da criança. A baixa internalidade parental apresentou-se como um fator de risco para cárie dentária em dentes decíduos, provavelmente porque a mãe espera ou delega a ação a outros, retardando os cuidados preventivos [4,5]

Atualmente a avaliação dos programas de saúde contam como parte integrante a avaliação da qualidade de vida [6]. O conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) está associado com o impacto que a saúde ou doenças bucais causam no funcionamento diário, no bem-estar ou na qualidade de vida geral do indivíduo. Assim, pode-se relacionar o impacto negativo na vida das crianças em idade pré-escolar com as doenças e distúrbios orais durante a infância, afetando seu crescimento, peso, socialização, autoestima e habilidades de aprendizado, como também a qualidade de vida de seus pais [7,8].

Para avaliar o impacto dos problemas de saúde bucal e tratamentos relacionados na qualidade de vida de crianças pré-escolares e de suas famílias foi desenvolvida, em 2001, a escala “Early Childhood Oral Health Impact Scale” (ECOHIS) e validado em inglês [9]. Anos depois, as propriedades psicométricas da versão brasileira (B-ECOHIS) foram avaliadas e os autores concluíram que ela é apropriada para a avaliação da QVRSB em crianças pré-escolares de pais cuja língua primária seja o português [6]. Vários estudos recentes foram realizados utilizando o B-ECOHIS para avaliar o impacto da cárie dentária, dos traumatismos dentários e das más oclusões na qualidade de vida de crianças pré-escolares e de suas famílias [10,11,12,13,14,15,16,17,18].

Considerando que a cárie dentária, os traumatismos dentários e as más oclusões são condições de saúde bucal comuns entre crianças pré-escolares e podem ter consequências tanto físicas quanto psicossociais; o entendimento de como os pais e/ou responsáveis percebem a saúde bucal é tão ou mais importante do que a visão centrada apenas na necessidade normativa do cirurgião-dentista; que a melhora na qualidade de vida baseada em um melhor bem-estar

funcional e psicossocial é o maior benefício do atendimento odontológico, e que o conhecimento das necessidades sociais através dos estudos de qualidade de vida é fundamental na estruturação de diretrizes, bem como na capacitação de recursos humanos e distribuição de recursos financeiros almejando efetividade e qualidade no sistema de saúde, este estudo foi conduzido com os seguintes objetivos: avaliar as percepções dos pais sobre a saúde geral e bucal de crianças pré-escolares e os fatores associados e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças e de suas famílias. A hipótese a ser testada é que não há diferenças nos resultados da saúde bucal medidas por indicadores clínicos e sociodental.

Material e Métodos

Considerações Éticas

Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), sob o registro número 3.463.420. Os representantes (pais/responsáveis) pelas crianças selecionadas foram orientados por um pesquisador sobre os objetivos da pesquisa e após concordarem em participar foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias por um pesquisador.

Delineamento do Estudo

Estudo observacional, descritivo, transversal.

Local do Estudo

O estudo foi realizado durante as clínicas de Odontopediatria do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia desenvolvidas no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia.

Seleção da Amostra

A amostra foi de conveniência. Os participantes da pesquisa foram selecionados de uma população total das crianças atendidas nas clínicas de Odontopediatria no período de agosto a outubro de 2019.

Sessenta crianças foram convidadas a participar do estudo de acordo com os seguintes critérios de inclusão: crianças de 2 a 5 anos de idade, de ambos os sexos. Crianças com deficiência (deficiência física ou intelectual ou alguma síndrome) ou com doenças sistêmicas, com aparelhos ortodônticos e com ausência de todos os quatro incisivos superiores devido às lesões de cárie dentária que poderia comprometer o diagnóstico clínico das más oclusões foram excluídas.

Coleta dos Dados Não Clínicos e Instrumentos da Pesquisa

A coleta dos dados não clínicos foi realizada utilizando um questionário contendo perguntas sobre os dados sociodemográficos (dados relacionados à criança: idade atual, sexo e

ordem de nascimento e relacionados aos pais: idade atual, escolaridade, renda mensal em salários mínimos e número de filhos), percepções dos pais sobre a saúde geral e bucal da criança e a Escala B-ECOHIS. Os questionários foram autoaplicados.

Dados do prontuário odontológico

Foram coletados os seguintes dados do prontuário odontológico da criança: idade da primeira visita odontológica, condição bucal apresentada na primeira visita odontológica (presença ou ausência de cárie) e o número de consultas de retorno ao cirurgião-dentista.

Percepção dos pais sobre a saúde geral e bucal de seus filhos

As percepções dos pais e/ou responsáveis foram determinadas pelas respostas à seguinte pergunta: "como você descreveria a saúde geral e bucal do seu filho?" As opções de resposta foram: muito boa, boa; razoável, ruim ou muito ruim.

Os dados não clínicos foram anotados em uma ficha elaborada para esta finalidade, na qual cada criança recebeu um código (C01 até C60).

Escala B-ECOHIS

Esta escala é dividida em duas seções ("Impacto na criança" e "Impacto na família") contendo seis domínios e treze perguntas. O domínio da seção "Impacto na criança" é composto por: sintomas (um item), função (quatro itens), psicologia (dois itens) e autoimagem/interação social (dois itens). O domínio da seção "Impacto na família" é composto por: angústia dos pais (dois itens) e função da família (dois itens).

Cada item tem seis opções de resposta: nunca; quase nunca; às vezes; frequentemente; muito frequentemente; e "eu não sei" (as respostas "eu não sei" não foram consideradas).

As categorias de resposta do B-ECOHIS foram codificadas em uma escala de cinco pontos: 0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = frequentemente; 4 = muito frequentemente. O total dos escores do B-ECOHIS e os escores para os domínios individuais foram calculados como uma soma simples dos códigos de resposta. Este instrumento variou de 0 a 52. Um maior escore do B-ECOHIS indica maior impacto e/ou mais problemas, ou seja, uma pior QVRSB.

Neste estudo, o impacto percebido na criança e na família foram variáveis independentes. O impacto percebido na criança e na família foi registrado quando pelo menos uma resposta "às vezes", "frequentemente" ou "muito frequentemente" for escolhida, significando presença do impacto (sim). As respostas "nunca" e "quase nunca" foram consideradas indicativas de uma ausência de impacto (não).

Coleta dos Dados Clínicos

O exame clínico das lesões de cárie dentária, das lesões traumáticas e da oclusão foi realizado com a criança sentada na cadeira odontológica, sob a luz do refletor, após profilaxia profissional com escova Robinson e dentifrício fluoretado e com o auxílio de espelho clínico esterilizado após a secagem dos dentes com jatos de ar. Os exames clínicos foram realizados por alunos de graduação e conferidos pelos docentes de odontopediatria.

A cárie dentária foi diagnosticada usando o ICDAS II [19], que é um sistema de pontuação que varia de 0 (ausência de cárie dentária) a 6. Foram utilizados o código 0 sem cárie; 1 mudança visual do esmalte após secagem com jatos de ar; 2 mudança visual distinta em esmalte quando molhado, usado para manchas brancas; 3 colapso localizado do esmalte (sem sinais clínicos visuais de envolvimento da dentina); 4 sombra escura subjacente da dentina; 5 cavidade distinta com dentina visível e 6 da cavidade grande, visível na dentina, onde a base e as paredes são afetadas mais de metade da superfície. Códigos maiores ou iguais a 3 determinam diferentes graus de cavitação.

A variável cárie dentária foi avaliada quanto à presença e ausência em todos os dentes e considerada quando qualquer dente com código maior ou igual a 2 estava presente. A severidade da cárie foi avaliada usando o índice proposto por Hallet, O'Rourke [20], com uma modificação. Como o índice original não inclui lesões não-cavitadas ou dentes com manchas, um código 0 foi incluído para estas situações. A classificação para a gravidade foi como segue: 0 = cárie lesão livre/não-cavitação (mancha branca); 1 = baixa severidade (uma a cinco lesões cavitadas) e 2 = severidade alta (seis ou mais lesões cavitadas).

A classificação proposta por Andreasen [21] foi usada para o diagnóstico clínico das lesões traumáticas dentárias: fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina, fratura complicada da coroa, luxação extrusiva, luxação lateral, luxação intrusiva e avulsão. A avaliação visual da descoloração do dente também foi realizada. Foi considerada quando a criança apresentou pelo menos uma dessas lesões.

A má oclusão foi registrada na presença de pelo menos uma das seguintes condições: sobremordida, mordida aberta anterior, aumento da sobressaliência e mordida cruzada anterior e posterior. A mordida aberta foi registrada quando os dentes anteriores não estiveram em contato com os dentes posteriores durante a oclusão [22,23].

Os dados foram anotados em uma ficha elaborada para esta finalidade, na qual cada criança recebeu um código (C01 até C60).

Todo o tratamento odontológico que a criança necessitou foi realizado.

Análise Estatística

Inicialmente, foi realizada a estatística descritiva para caracterização da amostra através do teste do Qui-Quadrado. Em seguida, com interesse de verificar a existência ou não de correlações entre os resultados obtidos, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman ($p < 0,05$).

Resultados

Das 60 crianças que participaram, a idade da primeira consulta variou de 1 mês a 62 meses (média = 22 meses e desvio padrão = 16 meses) e a atual variou de 24 a 63 meses (média = 42 meses e desvio padrão = 13 meses). O número de consultas de retorno variou de zero a trinta e cinco.

As Tabelas 1 e 2 apresentam a distribuição numérica e porcentual (%) dos dados sociodemográficos e percepção dos pais sobre a saúde geral e bucal da criança, respectivamente. A Tabela 3 apresenta a distribuição numérica e porcentual (%) dos problemas bucais das crianças. A Tabela 4 apresenta a distribuição numérica e porcentual (%) do impacto na qualidade de vida das crianças e escores do B-ECOHIS e dos domínios na subescala da criança e da família.

Foi encontrada correlação positiva entre os valores das variáveis impacto e presença de cárie e correlação negativa entre os valores das variáveis impacto e nível de escolaridade das mães, demonstrando que os dois fatores afetaram negativamente a QVRSB das crianças ($p < 0,05$) (Tabela 5).

Discussão

Este estudo encontrou uma taxa de prevalência de 58,33% de cárie dentária utilizando o ICDAS II. Estudos anteriores também apresentaram alta prevalência de cárie dentária [10,24]. Porém, em alguns estudos a cárie dentária esteve presente em apenas 20,3% e 26,0% das crianças [13,25]. Tais discrepâncias podem estar associadas ao fato de que as crianças com maiores índices de prevalência foram avaliadas em escolas de Odontologia em que os pais procuravam atendimentos odontológicos para seus filhos [10,24]. Diferente de outros estudos [13,25] que foram realizados em creches e campanhas de vacinação que encontraram porcentagens menores.

Com relação aos traumatismos dentários, a prevalência foi menor, apenas 15,0%, resultado que se aproxima de outros estudos, os quais foram observados em 14,7% e 15,5% das crianças [13,14,15]. Vale ressaltar que o presente estudo e os citados podem ter sido subestimados, em virtude da ausência de radiografias para auxílio do diagnóstico e por autocorrekções de traumatismos dentários anteriores, que não foram anotados durante o exame [10,26].

Já a prevalência de má oclusão foi de 28,33% e o tipo mais frequente foi mordida aberta anterior. Estudos anteriores relataram a presença de 24,2% e 37,4% das más oclusões e ambos tiveram a mordida aberta anterior com maior prevalência. Este dado pode estar relacionado ao fato de as crianças nessa idade possuírem hábitos de sucção deletérios como o uso de chupetas e sucção digital. Assim, muitos pais e crianças preferem manter esses hábitos, devido à facilidade em tranquilizar seus filhos ou pelas necessidades emocionais da criança, deixando de lado alterações oclusais e estéticas [10,25].

Um total de 56,67% dos pais avaliou a saúde geral de seus filhos como muito boa e 43,33% dos pais descreveu a saúde bucal dos seus filhos como boa. Tal fato pode ser relacionado com a baixa severidade da cárie apresentada nesse estudo. Estudos envolvendo crianças pré-escolares relacionam o aumento da idade das crianças com maiores frequências de percepções dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos, devido ao efeito cumulativo de problemas bucais que podem ser encontrados. Também associam a percepção dos pais com histórico de dor de dente, isso significa que pais/responsáveis julgam a saúde bucal de seus filhos como ruim somente quando a cárie dentária envolve dor. Além disso, esses estudos também revelam que os pais de baixa renda e com ensino médio incompleto consideram a saúde bucal de seus filhos pior do que os pais com maior renda e maior escolaridade [4,27].

Os escores do B-ECOHIS variaram de 0 a 24, sendo que 55,0% dos questionários preenchidos relataram presença de impacto na QVRSB. Itens relacionados à irritabilidade, dor e dificuldade de ingerir determinados alimentos foram relatados com maior frequência na seção Impacto Infantil. Na seção Impacto Familiar, os itens mais frequentes foram relacionados à culpa dos pais e a falta ao trabalho.

Houve uma relação de impacto negativo da experiência de cárie dentária associada a QVRSB. Muitos estudos também apresentaram este resultado [11,15,25,28,29]. Sensação dolorosa, irritabilidade e dificuldade de ingerir determinados alimentos foram as dificuldades mais comuns relatadas pelos pais na seção de Impacto Infantil e sentimento de culpa e falta ao trabalho foram relatadas com maior frequência no Impacto Familiar. Além das dificuldades citadas, itens como dificuldade para dormir e chateação dos pais também foram bastante frequentes em outros estudos [1,10,29]. Neste estudo, não foi possível analisar se houve a presença de impacto de traumatismos e má oclusão na QVRSB, devido às baixas frequências encontradas e em relação à má oclusão, o teste foi aplicado, mas o resultado não foi estatisticamente significativo. Porém, pode-se encontrar estudos que mostraram que não houve impacto para os traumatismos e má oclusão [12,17,18,26], já outros estudos relataram a presença de impacto somente para traumatismo complicado [10,25] e um estudo relatou a

presença de impacto para mordida aberta anterior [15]. A ausência de impacto da má oclusão na maioria dos estudos pode estar relacionada ao fato de crianças pré-escolares não se atentarem aos problemas estéticos, fator que tem relevância para o impacto da má oclusão em crianças mais velhas [17].

A escolaridade da mãe também influenciou os escores do B-ECOHIS. Estudos demonstram que um nível inferior de educação está ligado a um pior estado de saúde bucal dos filhos [14,16,29]. Tal fato pode ser explicado pela falta de conhecimento sobre escolhas saudáveis para que seja assegurada uma saúde bucal satisfatória [17]. Outros estudos também relatam a renda familiar como fator de impacto para a QVRSB [12,14,16,18, 30].

Diante das questões apresentadas, vale frisar que há uma maior dificuldade por parte dos pais de identificar problemas orais e suas consequências em crianças pequenas. Como resultado, conforme o desenvolvimento da idade e da linguagem avança, mais fácil para os pais notar as dificuldades do filho em relação à saúde bucal [29]. Atualmente, já pode-se encontrar autorrelatos de crianças de 5 a 6 anos de idade sobre a QVRSB [31], porém até os cinco anos de idade, as crianças não conseguem compreender os conceitos básicos de saúde, são incapazes de se expressar corretamente e tendem a dar respostas exageradas [6], além disso demonstram dificuldade para recordar detalhes importantes de eventos relacionados à sua saúde além de 24 horas [4,10]. Contudo, vários estudos evidenciaram que o B-ECOHIS pode fornecer informações válidas e confiáveis de crianças em idade pré-escolar [4,6,10,13].

É importante reconhecer as limitações do presente estudo. A primeira está relacionada ao fato de se tratar de uma amostra de conveniência, na qual o número de participantes foi reduzido comparado aos estudos anteriores. Além disso, os exames foram realizados por diferentes alunos e conferido por diferentes docentes, porém tal fato se justifica por se tratar de um hospital escola. No entanto, entender a QVRSB da população assistida é de extrema importância, pois ela auxilia na avaliação das necessidades de intervenção, na priorização do atendimento e na análise das iniciativas e estratégias de tratamento [13]. Assim, os resultados deste estudo podem servir como fonte para maiores investimentos para conscientização dos pais/responsáveis sobre a importância da dentição decídua e para implementação de políticas de prevenção e promoção da saúde bucal.

Conclusão

De acordo com a metodologia empregada e os resultados obtidos neste estudo foi possível concluir que: a maioria dos pais considera a saúde geral e bucal de seus filhos satisfatória e a presença de cárie dentária e escolaridade materna apresentaram impacto negativo na QVRSB de crianças pré-escolares brasileiras.

Referências

- [1] Sakaryali D, Bani M, Cinar Ç, Alacam A. Evaluation of the impact of early childhood caries, traumatic dental injury, and malocclusion on Oral Health–Related Quality of Life for Turkish preschool children and families. *Niger J Clin Pract* 2019; 22(6): 817-823. http://dx.doi.org/10.4103/njcp.njcp_581_18
- [2] Ribeiro GL, Gomes MC, Lima KC, Martins CC, Paiva SM, Granville-Garcia AF, the potential financial impact of oral health problems in the families of preschool children. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(4):1217-1226. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015214.09512015>
- [3] Al Ayyan W, Al Halabi M, Hussein I, Khamis AH, Kowash M. A systematic review and meta- analysis of primary teeth caries studies in Gulf Cooperation Council States. *Saudi Dent J*. 2018; 30(3):175- 182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sdentj.2018.05.002>
- [4] Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(3):364-72. <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2005.0179>
- [5] Nunes VH, Perosa GB. Dental decay in 5-year-old children: sociodemographic factors, monitoring points and parental attitudes. *Cien Saude Colet* 2017; 22(1):191-200. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.13582015>
- [6] Martins-Júnior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Cad Saude Publica* 2012; 28(2):367-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200015>
- [7] Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent* 2003; 25:431–440.
- [8] Jabarifar SE, Golkari A, IJadi MH, Jafarzadeh M, Khadem P. Validation of a Farsi version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (F-ECOHIS). *BMC Oral Health* 2010; 10:4. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6831-10-4>
- [9] Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5:6. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-5-6>
- [10] Aldrigui JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9:78. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-9-78>

- [11] Antunes LAA, Ornellas G, Fraga RS, Antunes LS. Oral health outcomes: the association of clinical and socio-dental indicators to evaluate dental caries in preschool children. *Cien Saude Colet* 2018; 23(2):491-500. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.21022015>
- [12] Carvalho AC, Paiva SM, Viegas CM, Scarpelli AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Impact of malocclusion on oral health-related quality of life among Brazilian preschool children: a population-based study. *Braz Dent J* 2013; 24(6):655-61. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201302360>
- [13] Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(4):327-35. <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12035>
- [14] Ramos-Jorge J, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Marques LS, Paiva SM. Impact of untreated dental caries on quality of life of preschool children: different stages and activity. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42(4):311-22.a . <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12086>
- [15] Ramos-Jorge J, Motta T, Marques LS, Paiva SM, Ramos-Jorge ML. Association between anterior open bite and impact on quality of life of preschool children. *Braz Oral Res* 2015; 29(1):46.a <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0046>
- [16] Ramos-Jorge J, Alencar BM, Pordeus IA, Soares ME, Marques LS, Ramos-Jorge ML, et al. Impact of dental caries on quality of life among preschool children: emphasis on the type of tooth and stages of progression. *Eur J Oral Sci* 2015; 123(2):88-95.b <http://dx.doi.org/10.1111/eos.12166>
- [17] Sousa RV, Clementino MA, Gomes MC, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Malocclusion and quality of life in Brazilian preschoolers. *Eur J Oral Sci* 2014; 122(3):223-9. <http://dx.doi.org/10.1111/eos.12130>
- [18] Viegas CM, Paiva SM, Carvalho AC, Scarpelli AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Influence of traumatic dental injury on quality of life of Brazilian preschool children and their families. *Dent Traumatol* 2014; 30(5):3. <http://dx.doi.org/10.1111/edt.12091>
- [19] Ismail A.I., Sohn W., Tellez M., Amaya A., Sen A., Hasson H. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): An integrated system for measuring dental caries. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2007; 35:170–178. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00347.x>
- [20] Hallet KB, O'rourke PK. Pattern and severity of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34:25–35. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2006.00246.x>

- [21] Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Oxford: Blackwell; 2007. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-9657.2009.00792.x>.
- [22] Foster TD, Hamilton MC. Occlusion in the primary dentition. Study of children at 2 and one-half to 3 years of age. *Br Dent J* 1969; 126:76-79.
- [23] Grabowski R, Stahl F, Gaebel M, Kundt G. Relationship between occlusal findings and orofacial myofunctional status in primary and mixed dentition. Part I: Prevalence of malocclusions. *J Orofac Orthop* 2007; 68:26-37. <http://dx.doi.org/10.1007/s00056-007-1606-0>
- [24] Carvalho TS, Abanto J, Mendes FM, Raggio DP, Bönecker M. Association between parental guilt and oral health problems in preschool children. *Braz. oral res* 2012; 26(6): 557-563. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242012000600012>
- [25] Abanto J, Tello G, Bonini GC, Oliveira LB, Murakami C, Bönecker M. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: a population-based study. *Int J Paediatr Dent* 2015; 25(1):18-28. <http://dx.doi.org/10.1111/ipd.12092>
- [26] Siqueira MB, Firmino RT, Clementino MA, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Impact of traumatic dental injury on the quality of life of Brazilian preschool children. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10:6422-41. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10126422>.
- [27] Gomes MC, C MA, Pinto-Sarmiento TCA, Costa EMMB, Martins CC, Granville-Garcia AF et al. Parental perceptions of oral health status in preschool children and associated factors. *Braz. Dent. J* 2015; 26(4): 428-434. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201300245>
- [28] Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality of life measures: variation by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017; 45(3):216–224. <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12279>
- [29] Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Corrêa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res* 2013; 47(3):211–8. <http://dx.doi.org/10.1159/000345534>
- [30] Scarpelli AC, Paiva SM, Viegas CM, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(4):336–344. <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12022>
- [31] Abanto J, Tsakos G, Paiva SM, Raggio DP, Celiberti P, Goursand D, Bönecker M. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Quality Life Outcomes.* 2013; 11:16. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-11-16>.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	30 (50,0)
Masculino	30 (50,0)
Ordem de nascimento	
1º filho	34 (56,67)
2º filho	18 (30,0)
3º filho	8 (13,33)
Escolaridade dos pais	
Mãe	
≤8 anos	12 (20,0)
>8 anos	47 (78,33)
Sem resposta	1 (1,67)
Pai	19 (31,67)
≤8 anos	19 (31,67)
>8 anos	38 (63,33)
Sem resposta	3 (5,0)
Renda mensal	
1 a 2 salários mínimos	33 (55,0)
3 a 5 salários mínimos	23 (38,33)
≥ 6 salários mínimos	3 (5,0)
Sem resposta	1 (1,67)
Número de filhos	
Um	26 (43,33)
Dois	20 (33,33)
Três	14 (23,33)

Fonte: Própria autora

Tabela 2 – Distribuição numérica e porcentual (%) da percepção dos pais e/ou responsáveis sobre a saúde geral e bucal de seus filhos.

Percepção	Saúde geral	Saúde bucal
	N (%)	
Muito boa	34 (56,67)	21 (35,0)
Boa	22 (36,67)	26 (43,33)
Razoável	4 (6,67)	10 (16,67)
Ruim	0 (0,0)	3 (5,0)

Fonte: Própria autora

Tabela 3 - Distribuição numérica e porcentual (%) dos problemas bucais das crianças.

Variável	Condição	N (%)
Cárie dentária	Presente	35 (58,33)
	Ausente	25 (41,67)
	Sem severidade	35 (58,33)
	Severidade baixa	15 (26,66)
	Severidade alta	9 (15,0)
Traumatismo dentário	Ausente	51 (85,0)
	Fratura Esmalte	3 (5,0)
	Fratura Esmalte + dentina	4 (6,67)
	Fratura complicada da coroa	1 (1,67)
	Luxação extrusiva	1 (1,67)
Oclusão	Normal	43 (71,67)
	Sobremordida	4 (6,67)
	Sobressaliência	1 (1,67)
	Mordida aberta anterior	6 (10,0)
	Mordida cruzada anterior	2 (3,33)
	Mordida cruzada posterior	4 (6,67)

Fonte: Própria autora

Tabela 4 – Distribuição numérica e porcentual (%) do impacto na qualidade de vida das crianças e escores do B-ECOHIS e dos domínios na subescala da criança e da família.

B-ECOHIS	Respostas	N (%)
Impacto na qualidade de vida	Sim	33 (55,0)
	Não	27 (45,0)
Escore	De 0 a 5	41 (68,33)
	De 6 a 10	12 (20,0)
	De 11 a 15	2 (3,33)
	De 16 ou mais	5 (8,33)
Subescala da criança	Sintomas	12 (20,0)
	Função	19 (31,67)
	Psicológico	16 (26,7)
	Autoimagem e interação social	4 (6,67)
Subescala da família	Angústia	18 (30,0)
	Função	13 (21,67)

Fonte: Própria autora

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual (%) das respostas referentes ao impacto na Qualidade de vida relacionada à Saúde Bucal - B-ECOHIS.

Questões B- ECOHIS	Respostas					
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Não sei
Impacto da criança	N (%)					
Dores nos dentes, boca ou maxilares	45 (75,0)	4 (6,67)	11 (18,33)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Dificuldade de beber bebidas quentes ou frias	46 (76,67)	8(13,33)	5 (8,33)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,67)
Dificuldade de ingerir alimentos frios	45 (75)	7 (11,67)	6 (10)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,33)
Dificuldade em pronunciar palavras	53 (88,33)	2 (3,33)	2 (3,33)	2 (3,33)	0 (0,0)	1 (1,67)
Creche, jardim da infância ou escola	47 (78,33)	10 (16,67)	2 (3,33)	1 (1,67)	0 (0,0)	0 (0,0)
perdida						
Dificuldade para dormir	52 (86,67)	2 (3,33)	5 (8,33)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,67)
Ficou irritada	40 (66,67)	5 (8,33)	11 (18,33)	3 (5,0)	1 (1,67)	0 (0,0)
Evitou sorrir ou rir	53 (88,33)	3 (5,0)	4 (6,67)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Evitou falar	56 (93,33)	3 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,67)	0 (0,0)
Impacto na família	N (%)					
Ficou aborrecido	47 (78,33)	2 (3,33)	9 (15,0)	0 (0,0)	(0,0)	2 (3,33)
Se sentiu culpado	42 (70,0)	2 (3,33)	14 (23,33)	1 (1,67)	1 (1,67)	0 (0,0)
Já faltou ao trabalho	40 (66,67)	8 (13,33)	10 (16,67)	2 (3,33)	0 (0,0)	0 (0,0)
Impacto financeiro	51 (85,0)	5 (8,33)	2 (3,33)	0 (0,0)	1 (1,67)	0 (0,0)

Fonte: Própria autora

Suporte financeiro: Este estudo recebeu apoio financeiro da Fundação de Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)

Conflito de Interesse: Os autores declaram que não há conflitos de interesse em relação a este estudo.

APÊNDICE A- Ficha de dados sociodemográficos e percepção dos pais sobre a saúde geral e bucal da criança

Criança nº C _____ Data: ____/____/____

Dados da criança

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos e ____ meses

Sexo: () Feminino () masculino

Ordem de nascimento: () 1º filho () 2º filho () 3º filho () 4º filho () _____

Dados dos pais

Mãe

Idade: _____ Escolaridade: _____

Renda mensal: _____ Número de filhos: _____

Pai

Idade: _____ Escolaridade: _____

Renda mensal: _____ Número de filhos: _____

Percepção da saúde geral

Como você descreveria a saúde geral do seu filho?

() muito boa () boa () razoável () ruim () muito ruim

Percepção da saúde bucal

Como você descreveria a saúde bucal do seu filho?

() muito boa () boa () razoável () ruim () muito ruim

APÊNDICE B - Ficha de exame clínico

Criança nº: C_____ Data: ____/____/____

Cárie dentária

Dente	Código do ICDAS
55	
54	
53	
52	
51	
61	
62	
63	
64	
65	
75	
74	
73	
72	
71	
81	
82	
83	
84	
85	

Sem cárie () Com cárie () Severidade da cárie dentária: () baixa () alta

Traumatismo dentário

Dente	Classificação da lesão traumática

Oclusão

() normal () sobremordida () sobressaliência () mordida aberta anterior

() mordida cruzada anterior () mordida cruzada posterior

Dados coletados do prontuário odontológico

Idade da criança na primeira consulta odontológica: _____ anos _____ meses

Condição bucal: () sem cárie () com cárie Nº de consultas de retorno: _____

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção dos pais sobre a saúde bucal de crianças pré-escolares e fatores associados

Pesquisador: Fabiana Sodré de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07188818.5.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.463.420

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.323.050, de 13 de Maio de 2019.

Os pesquisadores descrevem o projeto da seguinte forma:

Estudo transversal. Os participantes da pesquisa serão selecionados aleatoriamente de uma população total das 150 crianças do sexo feminino e masculino de dois a cinco anos de idade atendidas nas clínicas de Odontopediatria no ano período de março a novembro de 2019. Será realizado um cálculo amostral por meio de um procedimento de estratificação da amostra. O tamanho da amostra será calculado com uma margem de erro de 4% e nível de confiança de 95%. O tamanho mínimo da amostra será de 121 crianças.. Os pais/responsáveis responderão um questionário autoadministrado sobre dados demográficos, socioeconômicos e a percepção sobre a saúde geral e bucal de seus filhos. As percepções dos pais/responsáveis serão determinadas pelas respostas à seguinte pergunta: "como você descreveria a saúde geral e bucal do seu filho?" As opções de resposta serão: muito boa; boa; razoável; ruim, e muito ruim. Para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares e de suas famílias, os pais/responsáveis responderão a versão brasileira da escala de impacto da saúde bucal na primeira infância (B- ECOHIS). Serão coletados dados do prontuário odontológico: idade e condição

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.463.420

bucal presente na primeira visita odontológica e número de consultas de retorno. Será realizado o exame clínico para: diagnóstico da cárie dentária utilizando o Sistema Internacional de Avaliação e Detecção de Cárie; classificação das lesões traumáticas (fraturas de esmalte, esmalte e dentina e complicada de coroa; luxação lateral, intrusão, extrusão e avulsão), e avaliação da oclusão (normal, sobremordida, sobressaliência, mordida aberta, mordida cruzada anterior e/ou posterior). Será realizada análise estatística descritiva, seguida de regressão logística para amostras complexas ($\alpha = 5\%$).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa conforme descrito pelos pesquisadores será o de avaliar as percepções dos pais sobre a saúde geral e bucal de crianças pré-escolares e os fatores associados e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças e de suas famílias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os seguintes riscos e benefícios são descritos pelos pesquisadores.

Riscos: Não existe uma pesquisa sem riscos. No mínimo pode haver o risco de identificação do participante da pesquisa o que contraria a Resolução do CNS 466/12. Contudo, a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade dos participantes da pesquisa. Assim tais participantes receberão um código, a partir de C001 até C121 e seus pais receberão respectivamente o código P001 até P121, fazendo portanto com que o sigilo de identidade seja mantido.

Benefícios: Os benefícios aos participantes poderão ser diretos e indiretos. Com o conhecimento sobre a percepção dos pais sobre a saúde geral e bucal da criança e uma vez que identificadas as necessidades de tratamento odontológico, será elaborado um plano de tratamento individualizado para a criança. O conhecimento a respeito das percepções dos pais e do impacto das condições bucais na qualidade de vida poderá ter um efeito na comunidade assistida pelas clínicas de Odontopediatria.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto gerou as seguintes pendências:

1- Os autores descrevem que o cálculo amostral foi realizado por meio de estratificação de

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.463.420

amostra com uma margem de erro de 4% e nível de confiança 95%, caracterizando o tamanho mínimo da amostra de 120 crianças. Com base nos cálculos descritos pelos pesquisadores o número correto de participantes mínimos para a pesquisa seria de 121 participantes. Adequar o número amostral em todos os documentos considerando que o cálculo apresentado está incorreto, em alguns campos é citado o número de 150, e em outros 120.

Resposta das pesquisadoras: Foi substituído no projeto "Plataforma Brasil" e no Projeto de Pesquisa detalhado (em PDF) o número correto de participantes mínimos para 121 de acordo com o cálculo amostral.

Análise do CEP: Pendência atendida.

2- Falta apresentação de autorização de coparticipação para desenvolvimento da pesquisa no Hospital Odontológico.

Resposta das pesquisadoras: Foi anexada a autorização de coparticipação para o desenvolvimento da pesquisa no Hospital Odontológico assinada e carimbada pelo Diretor do Hospital Odontológico.

Análise do CEP: Pendência atendida.

3- Atualizar o cronograma do projeto "Plataforma Brasil" e projeto detalhado

Resposta das pesquisadoras: O cronograma foi atualizado no "Plataforma Brasil" e no Projeto de Pesquisa detalhado (em PDF).

Análise do CEP: Pendência atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.323.050, de 13 de Maio de 2019, foram atendidas.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.463.420

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Março de 2020.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
 - O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
-
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.463.420

posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1222633.pdf	21/05/2019 19:54:09		Aceito
Outros	Respostas_Pendencias_Parecer_Consubstanciado.docx	21/05/2019 19:48:33	FERNANDA ARANTES DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Co_Participante.pdf	21/05/2019 19:45:26	FERNANDA ARANTES DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaQV.pdf	21/05/2019 19:44:37	FERNANDA ARANTES DE ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	21/05/2019 19:43:18	FERNANDA ARANTES DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResponsavelpomenorde18anos.doc	05/02/2019 15:53:48	FERNANDA ARANTES DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpais.doc	24/09/2018 07:45:58	Fabiana Sodré de Oliveira	Aceito
Outros	Fichaexame.doc	24/09/2018 07:43:22	Fabiana Sodré de Oliveira	Aceito
Outros	QuestionarioQualidadedeVidaBECOHIS.doc	24/09/2018 07:42:41	Fabiana Sodré de Oliveira	Aceito
Outros	QuestionarioDados.doc	24/09/2018 07:42:06	Fabiana Sodré de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculolattes.doc	23/09/2018 21:11:50	Fabiana Sodré de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termocompromissoequipe.jpg	23/09/2018 17:22:04	Fabiana Sodré de Oliveira	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.463.420

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 21 de Julho de 2019

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

**ANEXO B - Normas da Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica
Integrada**

INSTRUÇÕES

O manuscrito deve ser escrito em inglês (EUA), de forma clara, concisa e objetiva. No entanto, quando o artigo for aceito (em português), os autores devem fornecer o arquivo de texto em inglês e também enviar a declaração do revisor técnico. Entre em contato com a PBOCI pelo e-mail apesb@terra.com.br para obter informações sobre as empresas de tradução recomendadas. Revisões linguísticas realizadas por empresas que não fornecem o certificado mencionado não serão aceitas.

O texto deve ser fornecido como um arquivo do Word para Windows (doc), usando uma fonte tamanho 12 Times New Roman, tamanho de página A4, com espaçamento 1,5 e margens de 2,5 cm. A duração do manuscrito é limitada a 15 páginas, incluindo referências, tabelas e figuras.

Página de Título: Título, Autor (es) [Nomes de todos os autores escritos na íntegra, incluindo os respectivos números de telefone e endereços de e-mail para correspondência] e Autor para correspondência. Dados de afiliação institucional / profissional de todos os autores, incluindo Departamento, Faculdade / programa, Universidade (ou outra instituição), Cidade, Estado e País. NÃO INCLUIR os títulos do autor (DDS, MSc, PhD, etc.) ou cargo (Professor, Estudante de Graduação, etc.).

Exemplos

Emmanuel O. Amobi¹, Jerome Mafeni², Comfort Ayodele Adekoya-Sofowora³

¹Department of Child Dental Health, Faculty of Dentistry, College of Medicine, University of Nigeria, Ituku-Ozalla, Enugu, Nigeria.

²African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP), Gaborone, Botswana.

³Department of Child Dental Health, Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex, Ile-Ife, Nigeria.

O número ORCID de cada autor deve ser informado. As contribuições de todos os autores devem ser descritas na página de rosto.

Resumo: máximo de 280 palavras. O resumo deve ser estruturado com as seguintes divisões: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS E CONCLUSÃO.

Palavras-chave: Variando de 3 (três) a 5 (cinco) cinco palavras-chave, escolhidas entre as palavras-chave registradas no Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine (<https://meshb.nlm.nih.gov>)

Introdução: Declare o propósito e resuma a justificativa para o estudo ou observação. O (s) objetivo (s) e / ou a hipótese do estudo devem ser declarados no último parágrafo. Evite a apresentação de uma revisão extensiva do campo.

Material e Métodos: Descreva a seleção dos participantes para os estudos observacionais ou experimentais (pacientes ou animais de laboratório, incluindo controles) claramente, incluindo critérios de elegibilidade e exclusão e uma descrição da população. Identifique os métodos, equipamentos (nome e endereço – cidade, estado e país, do fabricante entre parênteses) e procedimentos com detalhes suficientes para permitir que outros funcionários reproduzam os resultados. Os autores devem ter considerado os aspectos éticos de suas pesquisas e devem assegurar que o projeto foi aprovado por um comitê de ética apropriado, que deve ser declarado. O tipo de análise estatística deve ser descrito de forma clara e cuidadosa.

Resultados: Apresente seus resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações, destacando as descobertas principais ou mais importantes primeiro.

Discussão: Esta é a única seção apropriada para comentários subjetivos e referência à literatura anterior. Inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos resultados do estudo (generalização conservadora).

Conclusão: Deve explicitar claramente as principais conclusões do trabalho, ressaltando sua importância e relevância.

Contribuições do autor: As contribuições individuais dos autores ao manuscrito devem ser especificadas nesta seção. Por favor, use iniciais para se referir à contribuição de cada autor nesta seção, por exemplo: XXX contribuiu para concepção e design de dados, realizou o experimento, análise e interpretação e escreveu o manuscrito, XXX e XX projetaram o estudo e revisaram criticamente o manuscrito, e XXX realizou os experimentos e revisou criticamente o manuscrito.

Suporte financeiro: Qualquer tipo de apoio financeiro (financiamento, subsídios, patrocínio) que você tenha recebido deve ser informado (agência e número de concessão).

Conflito de Interesse: Os autores devem declarar não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos: Quando apropriado, reconheça a assistência técnica, conselhos e contribuições dos colegas. As pessoas que contribuíram para o trabalho, mas não se encaixam nos critérios para os autores, devem ser listadas na seção Agradecimentos, juntamente com suas contribuições.

Tabelas: As tabelas devem ser enviadas no Word (.doc) ou Excel (.xls), não como uma imagem. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos e devem ter um título explicativo. Cada tabela deve ser digitada em uma página separada com relação à proporção da coluna / página impressa e conter apenas linhas horizontais.

Figuras e ilustrações: Cada figura deve ter uma legenda.

Referências:

- As referências devem seguir o estilo da revista. Os autores devem consultar uma edição atual do PBOCI para obter orientação sobre citação de referência e apresentação da lista de referências.
- Todas as referências devem ser citadas no texto; caso contrário, essas referências serão removidas automaticamente.
- Os autores são responsáveis por garantir que as informações em cada referência sejam completas e precisas. No máximo 40 referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto (modelo Vancouver).
- Todas as referências devem ser numeradas consecutivamente e as citações de referências no texto devem ser identificadas usando números entre colchetes (por exemplo, “como discutido por alguns autores [2]”; “como discutido em outro lugar [1,5,12]”). Os autores devem incluir, sempre que possível, o número DOI.
- Material não referenciado e, se possível, publicações em outros idiomas que não o inglês deve ser evitadas. Resumos de congressos, artigos não aceitos, observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser colocados na lista de referências.
- Se houver sete ou mais autores, listar os seis primeiros seguidos da expressão “et al.

As referências de periódicos e livros devem ser apresentadas como nos exemplos a seguir:

Artigos Publicados. Primeiros 6 autores seguidos por et al., Título, Jornal, Ano, Volume, número das páginas inicial e final ou o número ID do artigo. Amobi EO, Mafeni J, Adekoya-Sofowora CA. Perceived and normative needs of facial cleft patients seen in Nigeria. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr* 2018; 18(1):e3841. <https://doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.13>

Livro na íntegra. Autores, título do livro, edição, cidade, editora, ano. Meyer-Lueckel H, Paris S, Ekstrand K. *Caries Management: Science and Clinical Practice*. New York: Thieme; 2013. 436p.

Capítulo de livro. Autores, Título do capítulo, Editores, Título do livro, Edição, Cidade, Editor, Ano, número das Páginas do capítulo. Bardow A, Vissink A. Saliva and caries development. In: Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. *Dental Caries: The Disease and its Clinical Management*. 4th. ed. London: Wiley-Blackwell; 2015.

Comunicação da Internet. Certifique-se de que as URLs estejam ativas e disponíveis. Forneça o DOI, se disponível. *Developmental toxicology*. Available from: <http://www.devtox.org/nomenclature/organ.php>. [Accessed on May 18, 2015]

Relatórios

Ministry of Health, Department of Planning. *Annual Statistical Report*. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.

ANEXO C- Questionário B-ECOHIS**Avaliação da Qualidade de Vida – B-ECOHIS**

Criança nº C _____ Data: ____/____/____

Para cada uma das seguintes questões perguntadas pelo entrevistador, indique a que melhor descreve as experiências da sua criança ou a sua própria.

1. Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
2. Sua criança já teve dificuldade de beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
3. Sua criança já teve dificuldade de ingerir determinados alimentos frios devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
4. Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
5. Sua criança já faltou à creche, ao jardim de infância ou à escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
6. Sua criança já teve dificuldades de dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
7. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei

8. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
9. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
10. Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
11. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
12. Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei
13. Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?
() nunca () quase nunca () às vezes () frequentemente () muito frequentemente
() Eu não sei

Impacto na qualidade de vida: () Sim () Não

Observação:
