

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

**Ana Cláudia de Andrade**

**QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICAS DOS PAIS NA HIGIENE BUCAL DE  
SEUS FILHOS**

GOIÂNIA

2015

**Ana Cláudia de Andrade**

**QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICAS DOS PAIS NA HIGIENE BUCAL DE SEUS  
FILHOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cejane Oliveira Martins Prudente

Goiânia

2015

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Cláudia de Andrade

### QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICAS DOS PAIS NA HIGIENE BUCAL DE SEUS FILHOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 09 de dezembro de 2015.

#### BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cejane Oliveira Martins Prudente  
Presidente da Banca – PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Carmo Matias Freire  
Membro Efetivo, Externo ao Programa – FO/UFG

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adenícia Custodia Silva e Souza  
Membro Efetivo, Interno ao programa – PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Priscila Valverde de Oliveira Vitorino  
Membro Suplente, Interno ao Programa – PUC Goiás

## DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo.*

*Ao meu marido e filhos...*

*LÁZARO, NATÁLIA E PEDRO,*

*Amor e companheirismo incondicional.*

*Aos meus pais...*

*CLÁUDIO E APARECIDA,*

*Exemplos de vida.*

## AGRADECIMENTOS

À **DEUS**, meu guia e fortaleza, por conduzir minha vida em todos os momentos. A Ele agradeço toda força e determinação presentes durante essa caminhada.

Ao **LÁZARO**, companheiro de todos os momentos, sempre celebrando ao meu lado após cada pequena conquista. Hoje, finalizamos uma etapa e iniciamos várias outras. Obrigado pelo amor, pelo carinho, pelos ensinamentos, por criarmos e partilharmos juntos nossos projetos de vida. Desculpe-me os momentos de ausência. Agradeço a Deus a delicadeza de tê-lo colocado ao meu lado.

Aos meus filhos **NATÁLIA** e **PEDRO**, expressão maior do amor de Deus na minha vida.

Aos meus pais, **CLÁUDIO** e **APARECIDA**, exemplo de sabedoria, perseverança, amor e dedicação.

Aos meus irmãos **RENATA**, **SILVIO**, **VIVIANE** e **FABIANA**, obrigado pelo carinho, amizade e amor ao longo de nossas vidas.

À minha orientadora **Profª Drª CEJANE**, obrigado pelos ensinamentos que me acompanharão por toda a vida. Pela confiança e atenção disponibilizada durante essa jornada. Sou eternamente grata a tudo.

Aos **PROFESSORES E COLEGAS** do mestrado, pela vivência de uma experiência tão enriquecedora, para o currículo e para a vida.

A **AMANDA**, secretária do MAS, pela simpatia e disposição de ajudar sempre.

À **ONDINA** agradeço pelo companheirismo e amizade. Obrigado por estar presente também nesta jornada, você tem um papel fundamental neste projeto.

À **DIREÇÃO DO CMEI VOVÓ RAQUEL**, que permitiu a realização desta pesquisa.

Aos **PAIS DOS ALUNOS DO CMEI VOVÓ RAQUEL**, a participação de vocês foi fundamental.

Aos coordenadores da Assistência Estudantil do IF Goiano, **MARCELO** e **MANOEL**, pela compreensão e ajuda na realização desse sonho.

A todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste trabalho de mestrado.

Muito Obrigado!

*“O VALOR DAS COISAS NÃO ESTÁ NO TEMPO QUE ELAS  
DURAM, MAS NA INTENSIDADE COM QUE ACONTECEM.*

*POR ISSO EXISTEM MOMENTOS INESQUECÍVEIS,  
COISAS INEXPLICÁVEIS E PESSOAS INCOMPARÁVEIS.”*

*FERNANDO PESSOA.*

## RESUMO

Uma saúde bucal precária pode alterar a vida das crianças e de sua família, influenciando sua capacidade mastigatória, sono, desempenho escolar, interação social e autoestima e pode ainda ter impacto na sua qualidade de vida. A dissertação foi construída na modalidade artigo. O primeiro artigo trata de uma revisão integrativa da literatura e teve como objetivo analisar fatores que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares. A busca foi realizada no *National Library of Medicine* (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e publicados de 2004 a 2014. Os 17 estudos selecionados eram de corte transversal, sendo quatro de base populacional. Todos utilizaram o *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) como instrumento para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Dos distúrbios bucais que apresentaram impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança e da família, cárie apareceu em nove artigos; traumatismo dentário em três e má oclusão em apenas um. Outros fatores também apresentaram associação com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e seus pais: renda familiar baixa, menor escolaridade e idade dos pais, dor de dente. O segundo artigo teve como objetivo verificar a relação entre qualidade de vida e as práticas dos pais na saúde bucal de seus filhos em idade pré-escolar. Trata-se de um estudo transversal, realizado com pais de 132 crianças de 2 a 5 anos de idade matriculadas em uma pré-escola no norte do Estado de Goiás. Os pais foram convidados a preencher a ficha de perfil sociodemográfico, o questionário ECOHIS e um questionário estruturado, contendo questões objetivas específicas sobre práticas dos pais em relação à higiene bucal dos filhos. Na análise estatística foram utilizados os testes Qui Quadrado, Exato de Fisher, Sperman's e de Mann-Whitney. A maioria da amostra estudada foi composta por mães (91,7%), com média de idade de 29,9 anos, ensino fundamental e médio (92,4%) e renda familiar média de R\$ 1.220,00. A maior parte dos pais relatou que seus filhos têm os dentes escovados menos de três vezes ao dia (68,2%), usam escova de dente e creme dental infantil (92,3% e 62,9% respectivamente), não usam mamadeira ao dormir (61,4%) e que começou a escovar os dentes dos filhos antes de 1 ano de idade (65,2%). A pontuação total média do ECOHIS foi 5,3 que representa um fraco impacto da saúde bucal na

qualidade de vida das crianças e das famílias. Crianças que usam mamadeira à noite e não escovam os dentes antes de dormir; crianças que escovam seus próprios dentes; usam creme dental de adulto, têm seus dentes escovados menos de três vezes ao dia e começaram a escovar os dentes após 1 ano de idade têm pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Frente aos resultados encontrados faz-se necessário instituir programas de saúde pública, que fortaleçam a atenção básica com ações voltadas à educação em saúde bucal, bem como facilitar o acesso das crianças e seus pais aos serviços odontológicos.

Palavras-chave: Saúde bucal; qualidade de vida; crianças; pré-escolar.

## **ABSTRACT**

A poor oral health can change children and their families' lives, influencing their chewing ability, sleep, school performance, social interaction and self-esteem, besides impacting their quality of life. The dissertation was built as an article. The first article deals with an integrative review of literature and aimed to analyze the factors that can influence the quality of life related to oral health in preschool children. The search was conducted at the National Library of Medicine (PubMed) and Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) and published from 2004 to 2014. The 17 selected studies were cross-sectional, in which, four of them were population-based. All of them used the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) as a tool for evaluating the quality of life related to oral health. Among oral disorders that had negative impact on quality of life related to oral health of the child and his/her family, the decay appeared in nine articles; dental trauma in three ones and badocclusion in one. Other factors also had a negative association related to the quality of life related to oral health of preschool children and their parents: low family income, low education, as well as younger parents and toothache. The second article aimed to investigate the relationship between quality of life and parents' practices related to their children oral health during preschool stage. It is a cross-sectional study, conducted with 132 parents of 2 to 5 years old children, registered in a preschool, located in the northern state of Goiás. Their parents were asked to complete the sociodemographic form, the ECOHIS questionnaire and a structured questionnaire, that contained some specific and objective questions about parental practices related to their children oral health.

Statistical analysis were performed using Qui Quadrado, Exato de Fisher, Sperman's de Mann-Whitney. Most of the sample were made up of mothers (91.7%) with age average of 29.9 years old, elementary and high school (92.4%), familiar income of R\$ 1.220.00. Most parents reported that their children have their teeth brushed less than three times a day (68.2%), they use toothbrush and children's toothpaste (92.3% and 62.9% respectively), they do not use baby bottle to sleep (61.4%) and they began to brush their children's teeth before they were one year old (65.2%). The total average score ECOHIS was 5.3, representing a weak impact of oral health on children and families quality of life. Children that use a baby bottle at night and do not brush their teeth before going to bed, children that brush their own teeth, use adult's toothpaste, have their teeth brushed less than three times a day and started to brush their teeth after 1 year old, have a worse quality of life related to oral health. Based on the results found, it is necessary to set up public health programs that strengthen basic care with actions that aim to provide education in oral health, as well as facilitate the access of children and their parents to dental services.

Keywords: oral health; quality of life; children; preschool.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### **Figuras**

Figura 1-	Fluxograma referente à coleta de dados da revisão integrativa.	36
-----------	--	----

### **Quadros**

Quadro 1-	Apresentação dos estudos que compõem a revisão integrativa.	37
Quadro 2-	Apresentação dos fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares, apresentados nos artigos relacionados.	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Dados sociodemográficos de pais de crianças de 2 a 5 anos matriculadas no CMEI, Rianópolis, Goiás (n=132).	60
Tabela 2-	Hábitos de saúde bucal de crianças de 2 a 5 anos matriculadas no CMEI, Rianópolis, Goiás (n=132).	61
Tabela 3-	Associação entre variáveis sociodemográficas e os hábitos de saúde bucal, Rianópolis, Goiás (n=132)	63
Tabela 4-	Pontuação do ECOHIS de crianças de 2 a 5 anos do CMEI, Rianópolis, Goiás (n=132).	64
Tabela 5-	Comparação entre as variáveis relacionadas às práticas dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos e a pontuação do instrumento ECOHIS.	65

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BBO	Biblioteca Brasileira de Odontologia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Desvio Padrão
ECOHIS	<i>Early Childhood Oral Health Impact Scale</i> (Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância)
ESB	Educação em Saúde Bucal
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe
MEDLINE	<i>Medical Literature Analyses and Retrieval</i>
MESH	<i>Medical Subject Heading</i>
NANES	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PUBMED	<i>National Library of Medicine</i> (Biblioteca Nacional de Medicina)
PUC-GOIÁS	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
REALD-30	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package of the Social Science</i> (Pacote Estatístico para Ciências Sociais)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDI	<i>Traumatic Dental Injury</i> (Lesões Traumáticas Dentárias)
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i> (Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>26</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>27</b>
<b>4.1</b>	Tipo e local do estudo	28
<b>4.2</b>	População	28
<b>4.3</b>	Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	29
<b>4.4</b>	Descrição das variáveis e análise dos dados	31
<b>4.5</b>	Aspectos éticos	31
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>32</b>
<b>5.1</b>	<b>Artigo 1</b>	<b>32</b>
<b>5.2</b>	<b>Artigo 2</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>77</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS PRÉ- ESCOLARES (ECOHIS)</b>	<b>86</b>
	<b>ANEXO B - NORMAS DE PUBLICAÇÃO EM PERIÓDICOS REFERENTES AOS ARTIGOS 1 E 2 - CIÊNCIA &amp; SAÚDE COLETIVA E HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES</b>	<b>90</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>APÊNDICE A – AVALIAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO</b>	<b>101</b>
	<b>APÊNDICE B – PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL</b>	<b>103</b>
	<b>APÊNDICE C – CARTA AOS PAIS</b>	<b>106</b>
	<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>107</b>
	<b>APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO ECOHIS</b>	<b>111</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

A atenção à saúde no contexto familiar vem sendo reafirmada como uma importante estratégia para a adequação do sistema de saúde vigente, em especial, no que tange ao fortalecimento da atenção básica e à melhoria da qualidade de vida, pois a família representa o ambiente de formação de indivíduos conscientes de suas necessidades (MASSONI et al., 2010).

A saúde bucal é parte integrante e indissociável da saúde geral. Todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento, pois a saúde bucal é essencial para a qualidade de vida (PETERSEN, 2003).

A qualidade de vida pode ser definida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997). O conceito de qualidade de vida, além de compreender uma representação subjetiva da sensação de bem-estar, é multidimensional e inclui tanto dimensões positivas quanto negativas (SEIDL; ZANNON, 2004; ASSUMPTÃO JÚNIOR et al., 2000).

A obtenção de melhores condições de saúde bucal está ligada tanto à melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos, quanto à reorientação dos serviços de saúde, por meio do aumento da oferta de cuidados clínicos básicos, bem como adoção de medidas preventivas gerais e intensificação das ações educativas para a comunidade. Nesse sentido, programas educativo-preventivos em saúde bucal para pais e cuidadores são de vital importância, pois podem efetivamente contribuir para menor incidência das doenças bucais, na medida em que estimulam a adoção de hábitos saudáveis (PINTO, 1999).

O grande desafio da odontologia é atuar educativamente, junto à população, provendo-a de informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos de promoção e manutenção da saúde. A idade pré-escolar caracteriza-se como um momento de grande influência dos pais na formação da criança, já que facilita a incorporação de novos hábitos, relevantes para a saúde bucal, durante o período de socialização primária da criança (UNFER; SALIBA, 2000).

Em relação às ações educativas, a utilização de estratégias na pré-escola fundamenta-se no entendimento de que essa fase do ensino atua como uma das ferramentas sociais de grande abrangência, capaz de se apropriar do papel de democratizar e multiplicar o saber, passando a ser um veículo importante na conquista de maior qualidade de vida da população. A pré-escola é uma etapa importante para a integração da comunidade, pois é onde se inicia o processo educativo e podem se desenvolver ações de saúde, esporte, cultura, direitos humanos e assistência social, entre outros, além de ser uma extensão do ambiente familiar. A literatura destaca a importância da educação para a saúde bucal de pré-escolares, como reforços para a tomada de atitudes e aquisições de hábitos saudáveis de toda a família (GUARIENTE et al., 2009).

Espera-se, com este estudo, contribuir para o conhecimento das iniquidades de saúde da população estudada que requer maior atenção à saúde bucal. Além disso, permitir instituir programas de saúde pública na priorização dos cuidados de saúde bucal e na organização de serviços e programas, fornecendo melhores subsídios para estratégias de ações que fortaleçam a atenção básica, dando respostas aos anseios de saúde bucal da população.

Essa pesquisa foi norteadada pela pergunta: as práticas de higiene bucal dos pais em seus filhos podem interferir na qualidade de vida da criança e da família? No intuito de responder esse questionamento a dissertação será apresentada em forma de dois artigos. O primeiro artigo trata de um artigo de revisão integrativa que analisou a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares. O segundo é um estudo transversal analítico, que verificou a relação entre qualidade de vida e as práticas dos pais na higiene bucal de seus filhos em idade pré-escolar.

## 2 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como sendo “o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”. Essa definição permite a afirmação de que um indivíduo, que não apresente qualquer alteração orgânica, para ser considerado saudável precisa viver com qualidade ou ter qualidade de vida (OMS, 1995). Esta conceituação é muito importante por considerar não apenas os determinantes biológicos da saúde, mas também por levar em consideração a saúde como resultado do binômio corpo-mente e sua interação com o ambiente (BADZIAK; MOURA, 2010).

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil em 1986, foi formulado o conceito ampliado de saúde, no qual a mesma é consequência das condições alimentares, de moradia, de educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, o direito à saúde constitui a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986).

O direito à saúde está previsto em diversos dispositivos legais da Constituição Brasileira. Dentre eles, destaca-se o artigo 6º, que determina como direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desempregados (BRASIL, 1988). O artigo 3º da Lei 8.080/90, que compõe a Lei Orgânica da Saúde, faz menção à saúde como um direito básico de todo cidadão e o artigo 196 discorre a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Por consequência, de acordo com a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental social, inerente ao ser humano, e o Estado tem o dever de efetivar políticas de concretização deste direito para os cidadãos, visto que este os pertence, e neste contexto, a saúde bucal é também parte da saúde geral (BRASIL, 1988).

Desta forma, saúde é produto da interação do indivíduo com a família, cultura, estrutura social e desenvolvimento físico (STARFIELD, 2002).

O conceito de saúde da OMS (1995) corrobora com o conceito de qualidade de vida considerando a percepção da pessoa sobre seu contexto de vida, sua posição na vida, inseridos na cultura e valores que vivencia e os objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Minayo (2000) define qualidade de vida como algo intrínseco ao homem, ser que está em busca constante de satisfação na vida familiar, amorosa, social/ambiental e à própria estética existencial. Algo subjetivo ao homem, que deve ser construído a partir da experiência de vida, valores e cultura, sendo um conceito dinâmico, pois pode mudar de acordo com a época.

Fleck et al. (2000) relatam que o interesse pelo conceito “qualidade de vida” se revelou com a desumanização da área médica e da ciência em decorrência dos avanços tecnológicos nesta área, o que acarretou um movimento nas áreas das ciências humanas e biológicas com intuito de valorizar parâmetros mais amplos da vida do indivíduo.

Minayo (2000) retrata as diferentes definições de qualidade de vida em diferentes contextos e de forma genérica, fazendo parte de sua concepção, valores materiais e não materiais, como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, como também, amor, liberdade, solidariedade e inserção social. Enquanto que sua relação com saúde se baseia na promoção à saúde.

A qualidade de vida envolve tanto aspectos culturais quanto sociais. Pensando nisso, foi formulado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) um indicador para mensurar a qualidade de vida da população - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este índice está baseado em tudo aquilo que o indivíduo pode fazer no decorrer da sua vida, quanto aos aspectos saúde e educação. Embora não consiga atingir seu objetivo, o desenvolvimento humano não compartilha apenas da subjetividade de cada um, mas sim de todo um processo econômico – social de um local. Esse índice tem sido bastante utilizado e tem inspirado outros índices mais sofisticados, com resultados mais precisos a respeito da qualidade de vida de uma população (MINAYO, 2000).

As pessoas percebem a importância da saúde bucal para a qualidade de vida sob uma variedade de formas, nos domínios físico, social e psicológico. A capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam serem considerados os aspectos positivos e negativos mais relevantes para a qualidade de vida, respectivamente (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007).

Em 2003, em documento elaborado por Petersen para a Organização Mundial de Saúde, afirma que a saúde bucal é considerada parte integrante e essencial da saúde geral e da qualidade de vida das pessoas. Significando mais que apenas ter bons dentes; mas como parte integrante da saúde geral e essencial para o bem-estar. Isso implica estar livre de dores crônicas orofaciais que afetam os dentes e demais estruturas da boca.

O conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) refere-se ao impacto que a saúde ou doença bucal tem nas atividades diárias, bem-estar geral e qualidade de vida dos indivíduos. As doenças e distúrbios bucais durante a infância podem ter um impacto negativo sobre a vida de crianças pré-escolares e de seus pais (PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007).

Existem instrumentos para mensurar a qualidade de vida, tais como o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL). Esses instrumentos são denominados indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde de forma global; entretanto, existem também os indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde específicos, que consideram o impacto de condições mais definidas (BERNABÉ et al., 2008).

Com relação à odontologia, vários instrumentos têm sido desenvolvidos e testados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Para avaliar a saúde bucal de crianças na idade pré-escolar (de zero a cinco anos de idade), Pahel, Rozier e Slader (2007) criaram o instrumento *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS), composto por nove questões que avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança e quatro que avaliam o impacto dos problemas bucais da criança sobre a família (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008). No Brasil, o ECOHIS foi traduzido, adaptado e validado para uso em crianças de dois a cinco anos de idade (MARTINS-JUNIOR et al., 2012).

No caso de crianças em idade pré-escolar, o ECOHIS é o instrumento que tem uma técnica de avaliação, em que é possível obter informações válidas e

confiáveis de crianças pré-escolares sobre a sua QVRSB, através do relato de seus pais (LEE et al., 2010; PAHEL; ROZIER; SLADE, 2007). O auto relato da criança é considerado o padrão para medir a qualidade de vida percebida, no entanto, há circunstâncias em que justifica o relato dos pais, como tenra idade, presença de alterações cognitivas ou doenças que impedem o auto relato (CORRÊA; DISEENHA; WELFORT, 2005). Além disso, existem evidências de que crianças com menos de seis anos de idade não são capazes de lembrar detalhes importantes de eventos relacionados com sua saúde por mais de 24 horas (BARBOSA; GAVIÃO, 2008).

O homem é um ser biopsicossocial e como tal sofre influências do meio ambiente e social em que está inserido. A adoção de hábitos comportamentais coerentes na infância começa em casa com os pais, que desempenham um importante papel no estilo de vida relacionado à saúde bucal dos filhos. Os pais devem ser informados de que seus hábitos de saúde bucal influenciam a saúde bucal de seus filhos e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (CASTILHO et al., 2013).

A saúde de uma população, em especial a saúde bucal é expressa claramente pelas condições do meio no qual ela está inserida, e principalmente, pela forma com que são estabelecidos os relacionamentos interpessoais e familiares. Desde o momento que nasce, a criança estabelece uma interdependência com o seu meio, tendo os pais, cuidadores ou responsáveis um papel fundamental nesse desenvolvimento biopsicossocial. A melhor maneira de motivar pré-escolares acerca de saúde bucal é através dos pais, pois estes desempenham um papel psicossocial muito importante para os filhos. Desta forma, o exemplo estabelecido pela família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança (FAUSTINO-SILVA et al., 2008).

Bons hábitos de higiene bucal são comuns quando valores de saúde bucal são aceitos como parte do estilo de vida da família. Esse processo educativo em saúde bucal deve ser entendido como agente transformador de comportamentos, essenciais para aquisição e manutenção da saúde (PETRY; PRETTO, 1997). O estabelecimento da prática diária de hábitos que geram saúde depende fundamentalmente de um adequado ambiente familiar. As crianças que desenvolvem hábitos de higienização precocemente terão mais chances de crescer com boas condições de saúde bucal (FAUSTINO-SILVA et al., 2008).

Diante desse pressuposto, a família representa a primeira fonte de informação da promoção de saúde em crianças. Portanto, é imprescindível motivar os pais para que se conscientizem da real relevância da saúde bucal para a saúde geral e que instrua seus filhos em higiene bucal (ALVES; VOLSCHAN; HAAS, 2004).

De acordo com Figueira e Leite (2008), os pais poderão atuar como multiplicadores de saberes dentro da própria família e também na comunidade, uma vez que são imprescindíveis na prevenção das doenças bucais, pois sem sua colaboração torna-se impossível conseguir da criança a apreensão de conhecimentos sobre saúde bucal.

As condições de saúde bucal são melhores descritas em escolares, pois em muitos países as crianças só vão para a escola após seis anos de idade (TOMITA et al., 1996). No Brasil, a educação infantil que compreende o período pré-escolar, é definida como o período que se atende pedagogicamente crianças de zero a cinco anos e 11 meses (BRASIL, 1996).

A pré-escola pode apresentar um impacto para além da contribuição à educação formal da criança e, portanto, pode ser vista também como local para a promoção da qualidade de vida da população, assumindo um importante papel na reorganização de valores e práticas de higiene bucal em crianças de baixa idade, que em geral, têm o acesso aos serviços odontológicos dificultados, principalmente, entre a população de baixa renda (ROCHA; GOES, 2008).

A educação em saúde compreende aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, de atitudes e construção de valores que levam o sujeito a agir no seu dia-a-dia em benefício da própria saúde e da saúde da coletividade (ANTUNES et al., 2006). Embora sozinha a educação não tenha forças para possibilitar a saúde desejável à população, pode fornecer elementos que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis (PAULETO; PEREIRA; CIRINO, 2004).

Pinto (2000) ressalta que a educação em saúde bucal (ESB) é uma ação importante do processo de promoção da saúde, exigindo características específicas que envolvem práticas e conhecimento. Contudo, ressalta que o conceito de educação em saúde bucal precisa ser ampliado para incluir, entre suas tarefas, o trabalho de conscientização com os grupos sociais com menor acesso aos

programas de saúde odontológica. Invocando as propostas de Paulo Freire (1980), o autor traz o termo “conscientização” como estratégia que leva a uma aproximação crítica da realidade, valorizando o conhecimento como possibilidade de autonomia para que cada sujeito possa criar sua existência com o material que a vida lhe oferece.

A elaboração de programas de saúde bucal deve levar em conta as peculiaridades de cada comunidade, considerando todas as variáveis que podem influenciar a aquisição de hábitos considerados saudáveis (MIALHE et al., 2009). Saúde como conceito de bem-estar biopsíquicosocial, deve ser o eixo de orientação na construção dos programas, onde a saúde bucal vê-se frente a uma concepção de saúde não mais centrada na assistência às doenças, mas na promoção de melhor qualidade de vida e de intervenções nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2004).

O nível de conhecimento da sociedade a respeito de saúde bucal é um dado importante para o planejamento e avaliação das ações em saúde bucal, buscando-se estratégias a partir dos dados coletados (ANTUNES et al., 2006). A realidade dos indivíduos, seu modo de vida, suas crenças, mitos e valores, seus anseios, a forma como adoecem e tratam as doenças, seus conceitos de qualidade de vida, dentre outros indicadores, são fundamentais para se conhecer os pacientes e ajudá-los em suas necessidades de saúde (PETRY; PRETTO, 1997).

A atenção à saúde bucal deve ser iniciada em idade precoce, tendo como ponto central o enfoque preventivo para a manutenção da saúde. A educação dos pais e responsáveis possui papel fundamental neste processo, uma vez que, quanto mais precocemente se estabeleçam medidas preventivas, melhores serão as condições futuras de saúde bucal da criança (SOARES et al., 2003).

A conduta das pessoas frente à manutenção da saúde bucal é condicionada pelo conhecimento que eles possuem sobre os procedimentos adequados para tal (SILVEIRA et al., 2006). Dentro desse contexto, conhecer os hábitos, crenças, valores, a organização da comunidade onde os indivíduos estão inseridos, além do conceito de qualidade de vida e processo de saúde/doença, permite a elaboração de estratégias coerentes com esta realidade, que poderão propiciar a aquisição e manutenção da saúde como um todo (GUARIENTI et al., 2009).

A importância da saúde bucal no desenvolvimento infantil é demonstrada pelos reflexos sistêmicos que a maioria das doenças bucais e hábitos parafuncionais acarretam durante o crescimento da criança que está no período pré-escolar (zero a cinco anos e onze meses de idade). A cárie de estabelecimento precoce, alterações maxilo-mandibulares, problemas respiratórios, nutricionais e antropométricos são consequências da ausência de hábitos saudáveis e também da falta de ambientes suportivos para a população (MOYSES et al., 2004).

O nível de conhecimento dos pais em relação aos cuidados de saúde bucal dos filhos é importante, pois membros da família criam e transmitem valores, conhecimentos e práticas de saúde (CAMPOS, 2010). Os familiares devem estar atentos aos próprios hábitos de higiene, porque a criança tende a imitar a atitude dos mais velhos. Os adultos precisam estar estimulados, receptivos e cooperativos, bem como apresentar conhecimentos, hábitos saudáveis e atitudes positivas de modo a atuar como multiplicadores, pois podem efetivamente contribuir para uma menor incidência das doenças bucais na medida em que estimulam a adoção de hábitos saudáveis de higiene bucal (KUHN; WAMBIER, 2007).

Prevenir significa manter o desenvolvimento em estado de normalidade, evitando desvios e transtornos na integridade do dente e da oclusão, educando, adotando e colocando em prática um conjunto de conhecimentos, medidas e atitudes o mais precocemente possível. Interceptar significa deter o curso do desvio e, retornando ao estado de normalidade, adotar medidas preventivas para impedir que novos desvios se instalem (CAMARGO; AZEVEDO; GUIMARÃES, 2001).

No início deste século alguns autores mostraram-se preocupados quanto aos cuidados odontológicos às crianças de pouca idade, mas só a partir da década de 1980, esses cuidados começaram a receber uma atenção maior por parte dos profissionais no Brasil e em outras partes do mundo (WALTER et al., 1996).

As mães têm papel chave em determinar a saúde bucal de seus filhos, através dos hábitos alimentares e de higiene que serão transferidos para a criança (FERREIRA et al., 2011). Dentre os fatores que estão altamente correlacionados com os riscos para o desenvolvimento das doenças bucais em crianças menores, encontram-se o emprego de mamadeira noturna e presença de placa bacteriana visível na superfície dentária (SEOW et al., 2003).

Na prática as mães devem ser orientadas a iniciar a higiene da boca da criança no segundo mês de vida, como forma de adaptação à manipulação da cavidade bucal. A partir da erupção do primeiro dente, a remoção do biofilme dental deve ser realizada com uma escova dental com cerdas macias, cabeça pequena e cabo longo e reto. Esta prática deve ser realizada três vezes ao dia: após o café da manhã, após o almoço e antes de dormir (STUANI et al., 2007).

Após a erupção dos primeiros dentes decíduos formam-se nichos que retêm bactérias cariogênicas, tornando necessária a instituição de medidas de controle do biofilme por parte do paciente ou seu responsável. A partir deste momento, é de extrema importância a motivação da criança e seus pais, pois estes serão fundamentais para o estabelecimento de uma rotina adequada no processo de higienização bucal (SILVA et al., 2011).

O acompanhamento dos pais é atitude muito positiva no processo de higienização bucal de crianças, pois o adulto, quando bem orientado, poderá ajudar a criança quanto à técnica correta de escovação dentária, e também quanto aos cuidados com a deglutição do dentífrico. Uma higienização bucal inadequada pode ser considerada um importante fator de risco para aparecimento de doenças bucais na infância (FIGUEIRA; LEITE, 2008).

A preocupação com a higiene dental não é um tema recente. Há mais de 5.000 anos, os egípcios utilizavam pedaços de gravetos para limpeza dos dentes. A escova dental é o instrumento mais comum e econômico utilizado pelos indivíduos para remoção mecânica do biofilme dentário. Os primeiros indícios de escova dental datam de 618 d.C., na China, sendo que sua introdução no mundo ocidental só ocorreu por volta do século XV. Mas só a partir de 1938 é que passaram a confeccionar escovas dentais com cerdas de nylon, e que se tornaram disponíveis para consumo público (BARROS; PERNAMBUCO; TOMITA, 2001).

O uso de creme dental é um dos pontos fundamentais na promoção e educação em saúde bucal para a população. A frequência e a qualidade da escovação diária são de grande importância para a manutenção da saúde bucal de crianças pequenas (ALBUQUERQUE; LIMA; SAMPAIO, 2003). Além de ser um método considerado de fácil acesso à população, a escovação é o meio pelo qual foi introduzido o creme dental, o qual é composto por substâncias químicas terapêuticas que podem melhorar a qualidade da saúde bucal (MAGALHÃES, 2011).

A composição básica dos cremes dentais está dividida em agentes terapêuticos, fluoretos; agentes químicos, para controle da placa bacteriana; agentes dessensibilizantes; partículas abrasivas; detergentes e água, entre outras (AXELSSON; LINDHE, 1975). O creme dental infantil possui menor quantidade de substâncias abrasivas, devido à estrutura e anatomia dos dentes decíduos, e menor concentração de flúor, pelo risco de deglutição durante a escovação dos dentes em crianças pequenas (AMMARI; BLOCH-ZUPAN; ASHLEY, 2003). Com base no exposto acima, é necessário uma correta orientação para utilização do creme dental na prevenção de doenças bucais. É importante ressaltar que a indicação do creme dental deve levar em consideração o risco à cárie e idade do paciente (MAGALHÃES, 2011).

Existe uma relação direta entre a efetividade do creme dental e a frequência de escovação. A escovação deve ser realizada três vezes ao dia, pela manhã, e após as principais refeições do dia (FERREIRA et al., 2013; PIVOTO et al., 2013; STUANI et al., 2007). Quanto aos horários de escovação, devido ao reduzido fluxo salivar durante o sono, e longo período de descanso com a boca em repouso, a escovação realizada antes de dormir é duplamente benéfica; uma vez que reduz a quantidade de placa e aumenta o reservatório intrabucal de flúor (DUCKWORTH; MOORE, 2011).

O uso do flúor como medida de promoção de saúde bucal tem efetivamente contribuído de forma expressiva para isso. Entretanto, devem-se salientar as estratégias voltadas ao controle de fatores de risco e incremento de fatores de proteção contra efeitos adversos, como a fluorose dentária. Crianças abaixo de seis anos de idade, especialmente aquelas menores de dois anos, têm risco aumentado de fluorose pelo inadequado controle do reflexo de deglutição do creme dental utilizado na escovação (BRASIL, 2009).

Pais e cuidadores devem ser aconselhados sobre os cuidados necessários para o uso de creme dental fluoretados em crianças pequenas. Limitar a frequência de escovação com creme dental com flúor a duas vezes ao dia, utilizando pequena quantidade de creme dental equivalente a uma ervilha ou grão de arroz (equivalente a 0,3g por escovação) (PAIVA; CURY, 2003), supervisionar a escovação e orientar a criança a cuspir todo o excesso de creme dental. Para crianças abaixo de dois anos, deve ser indicado o uso de creme dental não fluoretado, e quando tiver risco de

doença bucal, como a cárie, indicar outras formas de uso do flúor (WARREN; LEVY, 2003).

Para realizar a limpeza e higienização dos espaços interdentais, o fio dental é indispensável. Apesar de ser considerado um avanço contemporâneo na odontologia preventiva, ele já era usado para limpeza das superfícies proximais dos dentes desde o século XIX. Contudo a primeira patente nos Estados Unidos indica que a invenção do fio dental se deu no ano de 1876, e só passou a receber uma atenção maior depois da Segunda Guerra Mundial (PEDRAZI; MATOS, 2004).

O uso do fio dental é aconselhável para remoção do biofilme quando houver ponto de contato entre os dentes. Entretanto, da mesma forma que a limpeza com gaze serviu para a incorporação desta prática à rotina de cuidados da criança, o fio dental também deve ser utilizado logo que os primeiros dentes erupcionados apresentem mais de 2/3 de sua coroa exposta na cavidade bucal, prática útil para preparar a díade mãe-criança para mais uma tarefa que será posteriormente, essencial para a manutenção da saúde dos dentes e gengivas. O uso do fio dental pode ocorrer apenas uma vez ao dia, de preferência antes da última escovação diária (POSSOBON; MIALHE, 2008).

A educação em saúde assume um papel de destaque na obtenção de bons níveis de saúde bucal, favorecendo o despertar da consciência em relação aos dentes e suas estruturas e necessidade de empenho nos cuidados com a higiene bucal. O trabalho educativo com pré-escolares e seus pais deve ser priorizado, pois nessa fase escolar há participação ativa dos pais, as crianças estão se descobrindo e estão aptas a apreender e adquirir hábitos de higiene oral que vão refletir posteriormente na qualidade de sua saúde bucal.

Existem vários estudos que relacionam doenças ou alterações bucais com a QVRSB de crianças em idade pré-escolar (ABANTO et al., 2014; ALDRIGUI et al., 2011; GOMES et al., 2014; KRAMER et al., 2013; MARTINS-JUNIOR et al., 2012; SCARPELLI et al., 2012;). Há também estudos descritivos sobre as práticas de higiene bucal de crianças (ANDRADE et al., 2011; CAMPOS et al., 2010; PAREDES; GALVÃO; FONSECA, 2014), mas não foi encontrado na literatura pesquisas que associassem hábitos de higiene bucal com QVRSB de crianças em idade pré-escolares. Com o objetivo de preencher essa lacuna do conhecimento desenvolveu-se este trabalho, que teve como pergunta norteadora, se as práticas de higiene

bucal dos pais podem interferir na saúde bucal de seus filhos e na qualidade de vida? Visando contribuir para a formação de uma população mais consciente e informada a respeito da importância de práticas adequadas para promoção da saúde bucal e geral.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Verificar a relação entre a qualidade de vida e as práticas dos pais na higiene bucal de seus filhos em idade pré-escolar.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar, por meio de uma revisão de literatura, os fatores que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares.
- Avaliar as práticas dos pais em relação à higiene bucal de seus filhos em idade pré-escolar;
- Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais;
- Avaliar a relação entre idade, renda familiar, escolaridade e sexo com as práticas dos pais em relação à higiene bucal de seus filhos.

## 4 MÉTODO

Trata-se de um estudo que contempla uma revisão integrativa, que constitui um estudo realizado por meio do levantamento bibliográfico, sendo um método que permite uma análise da síntese do conhecimento e a aplicabilidade dos seus resultados na prática. É muito usado no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis em determinada temática e direciona a prática fundamentada em evidência científica. Tem a capacidade de delimitar etapas metodológicas mais precisas para propiciar uma melhor utilização das evidências elucidadas em estudos anteriores. Permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, ao combinar dados tanto da literatura teórica quanto da empírica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pergunta norteadora do estudo foi: qual a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares? A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e setembro de 2014. As informações sobre os estudos foram extraídas das revistas indexadas nas bases de dados em saúde *National Library of Medicine* (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Heading* (MESH). As buscas foram realizadas nas línguas: português, inglês e espanhol. Os descritores utilizados nas buscas bibliográficas foram: pré-escolar, saúde bucal e qualidade de vida; *preschool, oral health and quality of life; preescolar, salud bucal e calidad de vida*.

Os critérios de inclusão foram artigos que tiveram como objetivo principal analisar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares; publicados de 2004 a 2014; e que tenham utilizado instrumento psicométrico de avaliação de qualidade de vida. Foram excluídas teses, dissertações, revisões integrativas ou sistemáticas e estudo realizado com crianças pré-escolares que apresentassem alguma doença.

Essa primeira parte do estudo fundamentou a segunda parte que consta de uma investigação de campo.

#### **4.1 Tipo e local de estudo**

Trata-se de um estudo transversal e analítico, desenvolvido no Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), localizado no Município de Rianópolis-Goiás, localizado a 160 km da capital do Estado, na região do Vale do São Patrício, ao norte do Estado de Goiás e possui uma população de aproximadamente 4.900 habitantes. Criado como dormitório para trabalhadores que desbravavam a Colônia Nacional de Ceres no início da década de 50, essa cidade tem como marca a economia e o trabalho agropecuário.

O CMEI conta com 149 alunos regularmente matriculados com idade entre 2 e 5 anos. É o único CMEI no Município de Rianópolis, sendo regulamentado pela Lei Municipal de criação, Lei n. 8.608-06 de 26 de setembro de 2006, e suas alterações. Foi criado inicialmente como Creche Municipal, em 02 de janeiro de 2007, e alterado pela Lei Municipal n. 868-07, para Centro Educacional. Em 01 de janeiro de 2009, foi novamente alterado pela Lei n. 921-09 para Centro Municipal de Educação Infantil, com a proposta de oferecer educação aos alunos em idade pré-escolar do Município.

#### **4.2 População**

A população foi composta por todos os pais ou responsáveis de alunos do CMEI do Município de Rianópolis-Go, que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Os alunos do CMEI têm assistência da Estratégia de Saúde da Família, realizam escovação diária e recebem tratamento odontológico na Unidade de Saúde do Município. Os pais que tinham mais de um filho matriculado, responderam a um questionário por filho.

Foram adotados como critérios de inclusão ser pais ou responsáveis de alunos entre 2 e 5 anos de idade e matriculados no CMEI do Município de Rianópolis-Go.

Foram excluídos os pais ou responsáveis que não tinham capacidade de compreensão dos instrumentos aplicados no estudo.

### 4.3 Instrumentos e Procedimentos de coleta de dados

Foram utilizados três instrumentos nesta pesquisa, a ficha de perfil sociodemográfico, o questionário *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS), e um questionário estruturado, contendo questões objetivas específicas sobre práticas dos pais em relação à higiene bucal dos filhos.

A ficha de perfil sociodemográfico (APÊNDICE A) foi elaborada pela pesquisadora e contém a identificação da criança e dos pais: gênero, idade da criança e dos pais, estado civil dos pais, tipo de residência da família, renda familiar mensal, escolaridade dos pais, número de filhos, se estes trabalham fora de casa, carga horária de trabalho e se a residência possui água tratada.

O Instrumento ECOHIS (ANEXO A) foi criado por pesquisadores da Universidade da Carolina do Norte (Chapel Hill, Estados Unidos) para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças na idade pré-escolar (zero a cinco anos de idade). É composto por 13 ítems originais, dos quais nove avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança (subescala da criança) e quatro avaliam os problemas bucais da criança sobre sua família (subescala da família) (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008). O questionário foi adaptado transculturalmente e validado no idioma português para uso em crianças, de dois a cinco anos de idade (MARTIN-JUNIOR, 2012). A subescala da criança inclui quatro domínios descritivos (sintomas, funcional, aspectos psicológico e autoimagem/interação social) e na subescala da família, dois domínios (angústia dos pais e função familiar). As respostas foram fornecidas em escala do tipo Likert (0=Nunca; 1=Quase Nunca; 2=Às vezes; 3=Com Frequência; 4=Com Muita Frequência), variando o escore global de 0 a 52, a partir da soma do escore dado para cada questão. A versão brasileira do questionário ECOHIS apresentou boas propriedades psicométricas, por ser considerado um instrumento apropriado para acessar o impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida das crianças brasileiras (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2008).

A pontuação mínima obtida no questionário é zero, que corresponde à saúde bucal sem influência na qualidade de vida dos pré-escolares e a máxima é 52, demonstrando que existe forte influência da saúde bucal na qualidade de vida das crianças. A somatória total da pontuação do questionário é dividida em: a) sem

impacto - quando o resultado da soma total dos pontos for igual a zero; b) impacto fraco - quando a soma da pontuação total do questionário for maior que zero e menor ou igual a 18,67; c) impacto médio - quando o resultado for maior que 18,67 e menor que 37,34; e d) impacto forte - quando a soma dos pontos do questionário for maior que 37,34 e menor ou igual a 52 (MARTINS-JUNIOR, 2012).

O questionário estruturado sobre as práticas dos pais relacionadas à saúde bucal de seus filhos (APÊNDICE B) é composto por questões objetivas referentes aos hábitos de higienização, supervisão de escovação e uso do fio dental, avaliando início, método utilizado e frequência. O questionário foi adaptado do estudo de Ferreira et al. (2011).

Foi realizada uma visita à Secretaria Municipal de Educação e ao CMEI com a finalidade de apresentar à Secretária Municipal de Educação e à diretora do CMEI a proposição do estudo, assim como, solicitar autorização para a condução da pesquisa. Os aspectos da pesquisa, assim como seus objetivos, metodologias e benefícios foram comunicados aos pais por meio de uma breve carta (APÊNDICE C) encaminhada aos mesmos pela agenda escolar dos alunos, a fim de informar sobre a pesquisa e convidando-os a participar.

Primeiramente, os pais foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo, a partir de uma relação com nomes e telefones dos pais ou responsáveis dos alunos do CMEI, fornecida pela instituição.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2014 no CMEI, em uma sala da instituição destinada a esse fim. Durante o mês de outubro, a aplicação do questionário foi no período matutino e vespertino, no início e no final das aulas, abordando os pais ou responsáveis, quando iam deixar ou buscar seus filhos na escola. Todas as informações referentes à pesquisa foram fornecidas aos pais. A aplicação do questionário iniciou após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

Em relação àqueles pais ou responsáveis cuja abordagem não foi possível no início ou no final das aulas, a pesquisadora entrou em contato no mês de novembro por telefone e agendou uma visita em seu domicílio, em horário combinado, para a assinatura do TCLE e aplicação dos questionários.

Para facilitar a compreensão do instrumento pelos participantes, a pesquisadora se colocou ao seu lado, para que os instrumentos fossem

visualizados. Todas as avaliações foram realizadas seguindo a disponibilidade de horário dos pais, sem atrapalhar sua rotina.

O método de aplicação dos questionários foi por meio de entrevista pessoal, realizada pela pesquisadora, para garantir que todas as perguntas seriam respondidas. Antes da aplicação dos questionários, os pais ou responsáveis foram orientados sobre as questões com as quais os instrumentos foram estruturados, informando que elas se referiam à saúde bucal de seus filhos (as); que algumas podem parecer iguais, mas todas são diferentes; algumas podem ser problemas que as crianças podem não ter, mas a informação é muito importante; não há respostas certas ou erradas, caso não tenham certeza de como responder, dêem a melhor resposta que conseguirem. Devido à natureza incomum dos problemas de saúde bucal das crianças pré-escolares, é solicitado aos pais que considerem toda a vida da criança ao responder as questões. Foram gastos 15 minutos para a leitura do TCLE e a aplicação dos instrumentos para cada participante.

#### **4.4 Descrição das variáveis e análise dos dados**

O programa Microsoft Excel 2007 foi usado para tabulação dos dados e a análise estatística foi realizada pelo programa *Statistical Package of the Social science* (SPSS)® for Windows®, versão 16.0. Para comparação entre as variáveis sociodemográficas e práticas de saúde bucal foram utilizados os testes Qui Quadrado e Exato de Fisher. Na correlação entre as variáveis sociodemográficas e ECOHIS foi utilizado o teste de correlação de Spearman's. E para comparação entre práticas de saúde bucal e ECOHIS foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Foi utilizado como significância o valor 5% ( $p < 0,05$ ).

#### **4.5 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC- Goiás em 16 de agosto de 2014. A pesquisa seguiu todas as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. E os participantes do estudo assinaram o TCLE.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta dissertação foi construída na modalidade de artigo científico e consta de dois artigos, sendo o primeiro uma revisão integrativa da literatura que será submetida à revista *Ciência & Saúde Coletiva*; e o segundo um estudo transversal analítico que será submetido à revista *Health and Quality of Life Outcomes*.

### 5.1. Artigo 1

#### FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES: REVISÃO INTEGRATIVA

##### RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar fatores que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e publicados de 2004 a 2014, usando os descritores pré-escolar, saúde bucal e qualidade de vida, em português, inglês e espanhol. Os 17 estudos selecionados são de corte transversal, sendo quatro de base populacional. Todos utilizaram o *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) como instrumento para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Dos distúrbios bucais que apresentaram impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança e da família, cárie apareceu em nove artigos, traumatismo dentário em três, e má oclusão em apenas um. Outros fatores também apresentaram associação com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e seus pais: renda familiar baixa, menor escolaridade e idade dos pais, dor de dente. Distúrbios bucais e condições socioeconômicas têm influência na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças em idade pré-escolar e seus pais. Portanto, é necessário facilitar o acesso das crianças a programas de educação e promoção à saúde bucal, para evitar um impacto negativo que comprometa sua saúde e qualidade de vida, bem como de sua família.

Palavras-chave: Crianças; pré-escolar; saúde bucal; qualidade de vida.

##### ABSTRACT

This study aimed to analyze the factors that influence on the quality of life related to preschool children's oral health. This is an integrative review, held in National Library of Medicine (PubMed) and Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) databases that were published

between 2004-2014, using preschool descriptors, oral health and quality of life, in Portuguese, English and Spanish. The 17 selected studies are cross-sectional, in which, four of them are based on population. All these studies used the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) as a tool for assessing the quality of life related to oral health. Among oral disorders that had negative impact on quality of life related to oral health of the child and family, the decay appeared in nine articles, dental trauma in three ones, and malocclusion in just one. Other factors also had a negative association related to the quality of life related to oral health of preschool children and their parents: low family income, low education, as well as younger parents and toothache. Mouth disorders and socioeconomic conditions influence on the quality of life related to oral health of children in preschool stage and their parents. So, it is necessary to facilitate children's access to dental services, in order to avoid a negative impact that can compromise their health and their quality of life as well as their family.

Keywords: Children; preschool; oral health; quality of life.

## **INTRODUÇÃO**

Saúde bucal corresponde a um conjunto de condições biológicas e psicológicas, que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções do modo que lhe pareça adequado e lhe permita sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral<sup>1</sup>.

Doenças bucais e doenças durante a infância podem ter um impacto negativo sobre a vida de crianças pré-escolares e também de seus pais<sup>2</sup>. A Organização Mundial de Saúde destaca ainda que as doenças bucais implicam restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, causando perda de milhões de horas dessas atividades, a cada ano, em todo o mundo. Ademais, o impacto psicológico dessas enfermidades reduz significativamente a qualidade de vida<sup>3</sup>.

Qualidade de vida é um termo que expressa o sentimento subjetivo de um indivíduo em termos de bem-estar e leva em consideração aspectos que podem estar presentes

temporariamente, como a doença que influencia o estilo de vida na família e o convívio social<sup>4</sup>. A avaliação da qualidade de vida tornou-se parte integrante de programas de saúde<sup>5</sup>.

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é um conceito multidimensional relacionado com o impacto que a saúde ou doença bucal tem nas atividades diárias, bem-estar geral e qualidade de vida dos indivíduos<sup>6</sup>. A capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam ser considerados os aspectos positivos e negativos mais relevantes para a qualidade de vida, respectivamente<sup>7</sup>. Ferramentas de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal têm sido empregadas com frequência nas pesquisas de saúde bucal<sup>8</sup>.

Não foi encontrado na literatura, estudo de revisão que relacionasse condições de saúde bucal de crianças pré-escolares e QVRSB. Este conhecimento fornece dados que contribuem para melhorar a qualidade do atendimento odontológico, além de contribuir para a implementação de políticas públicas destinadas a minimizar desigualdades sociais e ampliar o acesso à saúde, proporcionando à população uma qualidade de vida satisfatória.

Diante desta perspectiva, o presente estudo teve como objetivo analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, fatores que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, teve como pergunta norteadora do estudo foi: quais os fatores que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares? A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e setembro de 2014. As informações sobre os estudos foram extraídas das revistas indexadas nas bases de dados em saúde National Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Heading* (MESH). As buscas foram realizadas nas línguas: português, inglês e espanhol. Os descritores utilizados nas buscas bibliográficas foram: pré-escolar, saúde bucal e qualidade de vida; *preschool, oral health and quality of life; preescolar, salud bucal e calidad de vida*. Os descritores foram assim combinados: pré-escolar AND saúde bucal AND qualidade de vida; *preschool AND oral health AND quality of life; preescolar AN salud bucal AN calidad de vida*.

Os critérios de inclusão foram artigos que tiveram como objetivo principal analisar os fatores que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares, publicados entre os anos de 2004 a 2014, que utilizaram instrumento psicométrico de avaliação de qualidade de vida. Foram excluídas teses, dissertações, revisões de literatura e estudos realizados com crianças pré-escolares que apresentem alguma patologia.

A busca inicial resultou em 655 artigos que abordavam questões referentes aos descritores pesquisados. Foi realizado um refinamento, a partir da leitura dos títulos e resumos, sendo selecionados 18 artigos da BVS e 24 da PubMed, relacionados à temática em questão. Após a leitura integral desses textos, 17 artigos foram selecionados para compor a Revisão Integrativa. Desses 17 artigos: 12 encontram-se nas bases de dados PubMed e *Medical Literature Analysis and Retrieval* (Medline); dois artigos somente na PubMed; um na Literatura Latino-Americana e do Caribe (Lilacs) e Biblioteca Brasileira de Odontologia (BBO) e dois artigos apenas na base de dados Lilacs (Figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma referente à coleta de dados da revisão integrativa.

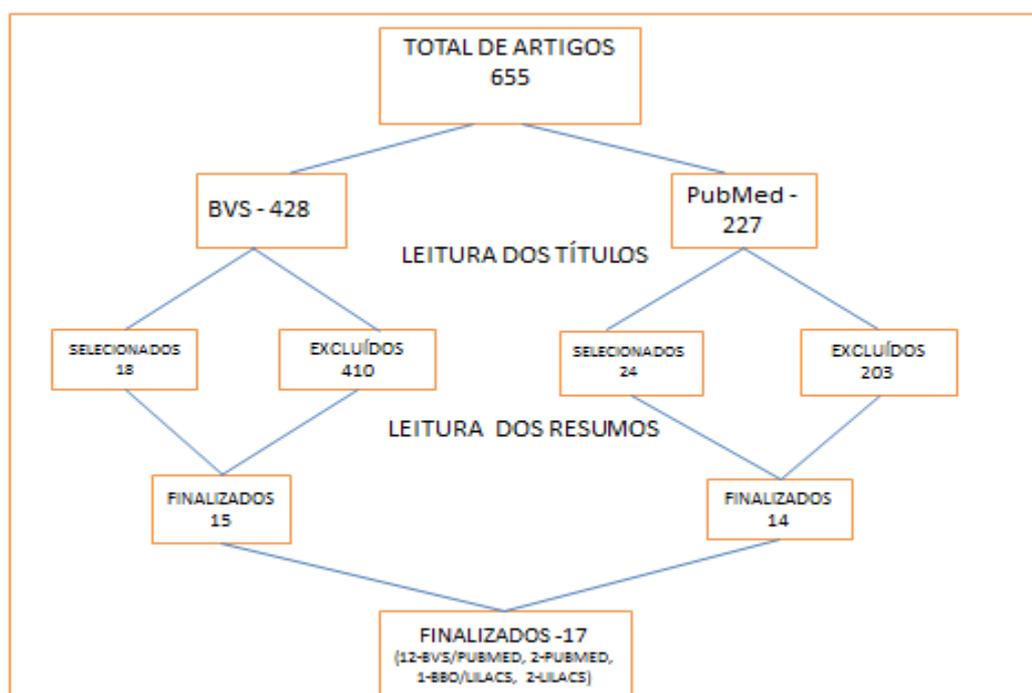


Figura 1: BVS – Biblioteca virtual de saúde; PUBMED – National Library of Medicine; LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe; BBO - Bibliografia Brasileira de Odontologia.  
Fonte: Elaborado pela autora.

Após a leitura dos artigos os principais resultados foram apresentados em dois quadros. O primeiro descreve informações referentes a autor, ano, idioma, local, periódico,

base de dados, objetivos, tipo de estudo, amostra, instrumentos e resultados; e o segundo quadro sintetiza os fatores associados à QVRSB. Foi realizada concomitantemente análise crítica dos artigos.

## RESULTADOS

Os 17 estudos selecionados são de corte transversal, sendo quatro (23,5%) de base populacional. Dos artigos incluídos na revisão, 15 deles (88,2%) foram publicados em inglês e dois (11,8%) em espanhol, sendo que 12 estudos foram realizados no Brasil (Quadro 1).

Todos os estudos utilizaram o ECOHIS como instrumento para avaliação da QVRSB, por se tratar de crianças pré-escolares, uma vez que este é o instrumento específico para a idade de dois a cinco anos, período característico da pré-escola. Foram avaliadas as condições socioeconômicas por meio de questionários aplicados aos pais ou responsáveis, e realizado exame clínico nas crianças com finalidade de avaliar as condições bucais interessadas aos estudos, tais como cáries, traumatismo dentário e má oclusão.

O Quadro 2 apresenta os fatores que tiveram associação com a QVRSB. Nove artigos (52%) chegaram à conclusão que a cárie tem impacto negativo na qualidade de vida da criança e da família<sup>8,9,10-16</sup>. Quatro artigos (23,6%) apresentaram o traumatismo dentário como tendo impacto negativo na qualidade de vida da criança e de seus pais<sup>12,13,15,17</sup>. Apenas um artigo (5,9%) apresentou associação entre má oclusão e qualidade vida em crianças pré-escolares<sup>13</sup>. Outros fatores também apresentaram associação com a QVRSB de crianças pré-escolares e sua família, tendo impacto positivo: maior escolaridade dos pais<sup>10,18,19</sup>; e impacto negativo: famílias com baixa renda<sup>9,15,16,19-21</sup>, pais mais jovens<sup>8,9</sup>, má classificação do estado de saúde geral<sup>18,22</sup> e dor de dente<sup>23,24</sup>.

Apesar da delimitação de estudos publicados ser de 2004 a 2014, foram encontrados estudos a partir de 2010. Isso se justifica pelo instrumento ECOHIS ter sido desenvolvido em 2007.

**Quadro1.** Apresentação dos estudos que abordaram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares, segundo autor, ano, idioma, local, periódico, base de dados, objetivos, tipo de estudo, amostra, instrumentos e resultados

<b>AUTOR ANO/LOCAL IDIOMA PERIÓDICO BASE DE DADOS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>TIPO DE ESTUDO AMOSTRA INSTRUMENTOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
Nanayakkara, V.; Renzaho, A.; Oldenburg, L. <sup>18</sup> 2013 – Inglês Sri Lanka Journal for Equity in Health Medline/ PubMed.	Analisar as influências socioeconômicas e étnicas na saúde bucal de crianças pré-escolares em Kegalle, Sri Lanka.	Estudo Transversal Amostra: 784 crianças entre 4 a 6 anos. Crianças: Exame clínico; Pais/responsáveis; questionário socioeconômico e ECOHIS.	Existem diferenças socioeconômicas e étnicas nas condições de saúde bucal entre essas comunidades de pré-escolares. A educação dos pais é fator determinante de saúde bucal e QVRSB.
Martins-Junior, P.A; Vieira-Andrade, P; Oliveira-Ferreira, F; Marques, L.S; Ramos-Jorge, M.L. <sup>8</sup> 2013 - Inglês Diamantina-MG Caries Research Medline/ PubMed	Avaliar o impacto da cárie na primeira infância sobre a QVRSB de crianças pré-escolares e seus pais.	Estudo transversal de base populacional. Amostra: 638 crianças entre 2 a 5 anos. Crianças: exame clínico; Pais/responsáveis: aplicação de ECOHIS e questionário sociodemográfico.	A cárie na primeira infância tem impacto negativo na qualidade de vida da criança e da família; o aumento da idade da mãe impacta positivamente sobre a QVRSB da criança.
Wong, H.M; Mc Grath, C.P; King, N.M; Lo, E.C. <sup>15</sup> 2011- Inglês Hong Kong Caries Research Medline/ PubMed	Avaliar o impacto da cárie precoce na infância e sua influência sobre a qualidade de vida, em uma população de crianças pré-escolares em Hong Kong.	Estudo Transversal. Amostra: 1261 crianças com média de idade de 3,9 ± 0,66 anos. Crianças: exame clínico; Pais: aplicação de questionário sociodemográfico e ECOHIS.	Os resultados mostraram que a cárie dentária influencia negativamente na qualidade de vida da família.
Lopez-Ramos, R.P; Garcia-Rupayac, C.R. <sup>11</sup> 2013 – Inglês Huauara, Lima	Avaliar a qualidade de vida e de saúde bucal das crianças da província de Huauara, Lima.	Estudo Transversal Amostra: 153 crianças de 3-5 anos de idade. Crianças: exame bucal	Cárie dentária apresentou impacto negativo na QVRSB na população estudada, mas

Revista Estomatologia Herodiana Lilacs		para avaliação de cárie, traumatismo dento-alveolar e má oclusão. Pais/responsáveis: aplicação de questionário sociodemográfico e ECOHIS.	traumatismo dentário e má oclusão não apresentaram.
Xavier, A; Carvalho, F.S; Bastos, R.S; Caldana, M.L; Bastos, J.R.M. <sup>20</sup> 2012 – Inglês Bauru- São Paulo Brazilian Journal of Oral Sciences Lilacs /BBO	Avaliar a qualidade de saúde bucal e de vida de crianças pré-escolares de Bauru-SP, e associá-la com o perfil sociodemográfico das famílias.	Estudo Transversal analítico Amostra: 229 crianças pré-escolares de 3 a 5 anos. Crianças: exame clínico para avaliar índice de cárie. Pais/responsáveis: ECOHIS, questionário socioeconômico.	Pouca influência da saúde bucal na Qualidade de vida dos pré-escolares, e uma relação inversa entre condição socioeconômica e qualidade de vida das crianças.
Abanto, J; Carvalho, T.S; Mendes, F.M; Wanderley, M.T; Bonecker, M; Raggio, D.P. <sup>14</sup> 2011 - Inglês São Paulo Community Dentistry and Oral epidemiology Medline/PubMed	Avaliar o impacto da cárie precoce na infância, lesões traumáticas e má oclusão na QVRSB.	Estudo Transversal Amostra: 260 crianças de 2 a 5 anos de idade e seus pais Crianças: exame clínico para avaliar cárie e má oclusão. Pais/responsáveis: ECOHIS e questionário socioeconômico.	Aumento da idade da criança, maior aglomeração familiar, menor renda familiar e mãe trabalhando fora têm associação com a QVRSB.
Gomes, M.C; Pinto-Sarmento, T.C.A; Costa, E.M.M.B; Martins, C.C; Granville-Garcia,A.F; Paiva, S.M. <sup>12</sup> 2014 Inglês Campina Grande- PB Health and Quality of Life Outcomes Medline/PubMed	Avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares e suas famílias.	Estudo transversal Amostra: 843 crianças pré-escolares de Campina Grande e seus pais/responsáveis. Crianças: exame clínico. -Pais/responsáveis: questionário sócio demográfico e ECOHIS.	Cavitação, lesões e traumatismo exerceram um impacto sobre a QVRSB das crianças e de suas famílias. A percepção dos pais/responsáveis teve fraco impacto na QVRSB das crianças.
Aldrigui, J.M; Abanto, J;	Avaliar o impacto das	Estudo Transversal	Lesões dentárias

<p>Raggio, D.P.<sup>17</sup> 2011 - Inglês São Paulo Health and quality of Life Outcomes Medline/PubMed</p>	<p>lesões dentárias traumáticas e traços de má oclusão anterior na QVRSB de crianças.</p>	<p>Amostra: 305 crianças de 2 a 5 anos de idade e seus pais. Criança: exame clínico para avaliar: cárie, traumatismo dentário e má oclusão. Pais: ECOHIS.</p>	<p>traumáticas podem ter impacto negativo na QVRSB da criança e de seus pais, mas traços de má oclusão anterior não.</p>
<p>Sousa, R.V; Clementino, M.A; Martins, C.C; Granville-Garcia, A.F; Paiva, S.M.<sup>24</sup> 2014 - Inglês Campina Grande- PB European Journal of Oral Sciences Medline/PubMed</p>	<p>Avaliar o impacto da má oclusão na qualidade de vida de crianças pré-escolares e de suas famílias.</p>	<p>Estudo Transversal Amostra: 732 crianças pré-escolares Crianças: exame clínico para avaliar má oclusão Pais/responsáveis: questionário sociodemográfico e ECOHIS.</p>	<p>Má oclusão não teve impacto negativo na QVRSB das crianças. Teve impacto negativo na QVRSB das crianças, dor de dente e percepção dos pais.</p>
<p>Siqueira, M.B.; Firmino, R.T; Paiva, S.M.<sup>23</sup> 2013 - Inglês Campina Grande – PB International Journal of Enviromental Research and Public Health Medline/PubMed</p>	<p>Avaliar o impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças pré-escolares e de suas famílias.</p>	<p>Estudo transversal Amostra: 814 crianças com idade entre 3 e 5 anos. Crianças: exame clinico para avaliar traumatismo dentário realizado por 3 examinadores- cirurgião dentista Pais/responsáveis: questionário socioeconômico e ECOHIS.</p>	<p>Traumatismo dentário não teve impacto na qualidade de vida, neste estudo. Dor de dente foi a única variável que exerceu impacto negativo na qualidade de vida.</p>
<p>Abanto, J; Tello, G; Bonini, G.C; Oliveira, L.B; Murakami, C; Bonecker, M.<sup>16</sup> 2014 - Inglês Diadema - SP International Journal of Paediatric Dentistry PubMed</p>	<p>Avaliar o impacto do traumatismo dentário e da má oclusão na QVRSB de crianças pré-escolares.</p>	<p>Estudo transversal Amostra: 1215 crianças de 1 a 4 anos de Diadema- SP. Crianças: exame clínico para avaliar Traumatismo dentário e má oclusão Pais/responsáveis: questionário sociodemográfico e ECOHIS</p>	<p>A presença de Traumatismo dentário e complicações de cáries tiveram impacto negativo na QVRSB das crianças, má oclusão não teve impacto.</p>
<p>Kramer, P.F; Feldens, C.A; Ferreira, S.A;</p>	<p>Avaliar o impacto das doenças bucais na</p>	<p>Estudo Transversal Amostra: 1036 crianças de</p>	<p>Dor dente e dificuldade de beber tiveram</p>

<p>Bervians, J; Rodrigues, P.A; Peres, M.A.<sup>13</sup> 2013 - Inglês Canoas, Brasil Community Dentistry Oral epidemiology Medline/PubMed</p>	<p>QVRSB de crianças pré-escolares e seus pais.</p>	<p>2 a 5 anos de idade que frequentam creche pública em Canoas. Crianças: exame clínico para avaliar cárie, traumatismo dentário e má oclusão. Pais/responsáveis: Questionário socioeconômico e ECOHIS.</p>	<p>impacto negativo na QVRSB. E crianças com cárie dentária tiveram 3 vezes mais chance de ter impacto negativo. Traumatismo dentário apresentou 1,5 vezes mais chance de ter impacto negativo sobre a QVRSB.</p>
<p>Scarpelli, A.C; Paiva, S.M; Viegas, C.M; Carvalho, A.C; Ferreira, F.M; Pordeus, I.A.<sup>9</sup> 2013 - Inglês Belo Horizonte, Brasil. Community Dentistry and Oral Epidemiology Medline/PubMed</p>	<p>Avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida e identificar a influência do perfil sociodemográfico na QVRSB, bem como as percepções dos pais/responsáveis sobre a saúde geral e bucal das crianças.</p>	<p>Estudo Transversal Amostra: Amostra de base populacional; 1635 crianças de 5 anos. Crianças: exame clínico para avaliação de cárie, traumatismo, má oclusão e defeitos no esmalte dentário. Pais/responsáveis: questionário sociodemográfico e ECOHIS.</p>	<p>Experiência de cárie teve impacto negativo na QVRSB, bem como famílias de baixa renda e pais mais jovens. De acordo com os pais, a má classificação do estado de saúde geral foi relacionada à pior qualidade de saúde bucal das crianças.</p>
<p>Viegas, C.M; Scarpelli, A.C; Carvalho, A.C; Ferreira, F.M; Pordeus, I.A; Raggio, D.P.<sup>21</sup> 2014 - Inglês Belo Horizonte, Brasil. Dental Traumatology Medline/PubMed</p>	<p>Avaliar o impacto do traumatismo dentário sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares e suas famílias.</p>	<p>Estudo transversal Amostra: 1632 crianças de 5anos a 5 anos e 11meses de idade. Crianças: exame clínico, para avaliar traumatismo dento-alveolar. Pais/responsáveis: ECOHIS</p>	<p>Traumatismo dento-alveolar não teve impacto negativo associado com a QVRSB.</p>
<p>Carvalho, A.C; Paiva, S.M; Viegas, C.M; Ferreira, F.M; Pordeus, I.A.<sup>19</sup> 2013- Inglês Belo Horizonte – Brasil. Brazilian Dental Journal PubMed.</p>	<p>Avaliar o impacto da má oclusão oral na QVRSB de crianças e de suas famílias.</p>	<p>Estudo Transversal de base Populacional Amostra: 1069 crianças pré-escolares com idade entre 60 e 71 meses, que frequentam pré-escolas públicas e privadas de Belo Horizonte.</p>	<p>Má oclusão não teve impacto na QVRSB em crianças pré-escolares e suas famílias neste estudo.</p>

		Crianças: Exame clínico para avaliar má-oclusão. Pais/Responsáveis: Questionário socioeconômico e ECOHIS.	
Divaris, K; Lee, J.Y; Baker, AD; Vann, WF. <sup>10</sup> 2012- Inglês Carolina do Norte-USA Acta Odontológica Scandinavica-Medline / PubMed	Investigar a associação entre a saúde bucal dos cuidadores com a qualidade de vida de seus filhos, e avaliar a escolaridade como fator modificador da QVRSB.	Estudo Transversal Amostra: 203 cuidadores de crianças entre 3 e 5 anos. Instrumentos: RealD-30; NANES-item ECOHIS.	Forte correlação entre QVRSB de cuidadores e crianças. Associação positiva entre escolaridade dos cuidadores e saúde bucal das crianças.
Andrade, L.H.R; Buczynski, A.K; Luiz, R.R; Castro, G.F; Souza, I.P.R. 2011-Espanhol Rio de Janeiro-Brasil. Acta Odontologica Venezolana Lilacs	Avaliar a percepção dos pais/responsáveis de crianças pré-escolares, sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida.	Estudo Transversal Amostra: 60 responsáveis por crianças de 3 a 6 anos de idade, em uma instituição brasileira de ensino. Crianças: exame clínico para avaliar cárie, sangramento gengival, biofilme e dentes restaurados. Pais/responsáveis: ECOHIS	Problemas com dentes e tratamento dentário têm um impacto significativo na qualidade de vida e isso pode ser percebido pelo responsável.

ECOHIS - *Early Childhood Oral Health Impact Scale*; PubMed - *National Library of Medicine*; BBO - *Bibliografia Brasileira de Odontologia*; Medline - *Medical Literature Analysis and Retrieval*; Lilacs - *Literatura Latino-Americana e do Caribe*; RealD - 30 - *Rapid estimate of adult literacy in Dentistry*; NANES-item - *National Health and Nutrition Examination Survey*; QVRSB - *Qualidade de vida relacionada à saúde bucal*.

**Quadro 2.** Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares, apresentados nos artigos relacionados.

Fatores associados à QVRSB	Estudos
Cárie	7,8,10,11,12,13,14,15,16
Renda	8,15,16,19,20,21
Lesão traumática dentária	12,13,14,15
Escolaridade	10,18,19
Dor de dente	23,24
Idade dos pais	7,8
Percepção dos pais	19,22
Má oclusão	13

QVRSB: Qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Fonte: Elaborado pela autora.

## DISCUSSÃO

Dos artigos analisados, um estudo realizado com 153 crianças em idade pré-escolar, na Província de Huaura, departamento de Lima, Peru, foi o que apresentou pior QVRSB com média de 15,5. Em contrapartida, um estudo com 1.380 crianças matriculadas em creches públicas localizadas em Canoas, no sul do Brasil, foi o que apresentou a melhor QVRSB, com média de 0,9<sup>11,13</sup>. Essa diferença nas pontuações do ECOHIS pode ser explicada pelo perfil da amostra. Pais que procuraram atendimento odontológico em clínicas de Faculdade de Odontologia podem ter filhos com diferentes experiências de saúde bucal, quando comparados àqueles de amostras selecionadas de pré-escolas públicas ou privadas<sup>21</sup>.

A pontuação máxima do ECOHIS na seção de impacto na criança foi de 36,8%, enquanto na seção de impacto na família de 31,4%, encontrada em dois estudos realizados em Belo Horizonte, Brasil, com crianças pré-escolares de cinco anos de idade<sup>9,21</sup>. A maior pontuação na seção de impacto na criança foi de 27,6% e na família de 22,3%, encontrada em estudo realizado em Campina Grande, Brasil, com crianças de 3-5 anos de idade, matriculadas em creches públicas e privadas<sup>24</sup>.

Os itens relacionados à dor, dificuldade para comer, irritação, dificuldade de beber e problemas para dormir foram os mais frequentemente relatados na seção de impacto da criança. A evolução da odontologia, de um enfoque curativo dos problemas bucais para um olhar mais dinâmico dos determinantes do processo saúde doença, faz com que medidas e estratégias de atenção odontológica sejam preconizadas precocemente para evitar e/ou diminuir as sequelas dos principais problemas que afetam a saúde bucal<sup>13</sup>. As respostas mais frequentes na seção de impacto na família foram “sentir-se culpadas e aborrecidas”<sup>9, 14, 15,21</sup>. É provável que o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e menor participação na educação dos filhos em casa justifiquem os achados. As mães se sentem responsáveis pela saúde bucal de seus filhos e se culpam por condições adversas de saúde bucal que eles apresentam<sup>25, 26</sup>.

Estudos mostram que há pior QVRSB em crianças com experiência de cárie dentária em comparação com aquelas livres de cárie<sup>6,14,15,27</sup>. Nessa revisão de literatura, a cárie apresentou impacto negativo na QVRSB de crianças pré-escolares e de suas famílias em vários estudos<sup>8,9,10-16</sup>.

A cárie dentária constitui a doença crônica mais comum na infância<sup>15</sup>. Crianças com essa condição muitas vezes sentem dor de dente, resultando em dias de trabalho perdidos por

seus pais /cuidadores, que têm que ficar com a criança e/ou gastar tempo e dinheiro em tratamento odontológico<sup>28</sup>. Noites sem dormir, devido à necessidade de cuidar da criança ou gastar tempo e dinheiro com acesso à assistência odontológica causa sofrimento para os pais e impacto financeiro na família<sup>29</sup>.

A prevalência de qualquer impacto sobre a QVRSB foi cerca de 60% a 170% maior para crianças com cárie dentária quando comparada àquelas livres de cárie<sup>13</sup>. Estudos indicam que impacto negativo da cárie na vida da criança inclui dor de dente, dificuldade de mastigação, problemas para dormir, mudança de comportamento e queda de desempenho escolar<sup>30,31</sup>. Estes estudos têm mostrado que os pais podem perceber uma melhoria do bem estar da criança após o tratamento odontológico<sup>2,32</sup>. A importância do atendimento odontológico em idades precoces tem o intuito de facilitar o estabelecimento de hábitos saudáveis, além de servir como oportunidade fundamental para avaliação dos fatores de risco a que uma criança possa estar exposta<sup>33</sup>.

O traumatismo dentário constitui-se em um problema de saúde pública, com elevada prevalência, tanto em criança, como adolescentes brasileiros, o que torna importante avaliar o impacto dessa condição por meio de instrumento de QVRSB<sup>34</sup>. Lesões traumáticas dentárias (TDI) é um distúrbio oral comum em crianças pré-escolares, uma vez que, durante este período, a criança está aprendendo a engatinhar, ficar de pé, andar e correr. O estágio inicial de desenvolvimento dos reflexos e da falta de coordenação motora pode levar a quedas, que são as principais causas de TDI em crianças<sup>35,36</sup>.

Ferimento traumático é uma experiência angustiante em nível físico, mas também pode ter efeito nos níveis emocional e psicológico. Além disso, TDI pode resultar em dor, perda da capacidade mastigatória, afetar o desenvolvimento da oclusão e estética. Estas situações podem ter um impacto negativo sobre a qualidade de vida da criança<sup>17</sup>.

Um estudo envolvendo 1.036 crianças pré-escolares com idade entre 2 e 5 anos, em uma amostra representativa de crianças regularmente matriculadas em creches públicas de Canoas, Brasil, foi o primeiro a apresentar significativa associação entre lesões traumáticas dentárias (TDI) e QVRSB<sup>13</sup>. Resultados semelhantes também foram encontrados em outros estudos<sup>12,16</sup>. Já um estudo com crianças com idade entre 2 e 5 anos, que procuraram tratamento odontológico na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, encontrou associação de TDI com QVRSB somente em casos de TDI grave<sup>17</sup>.

A prevalência de impacto sobre a QVRSB em crianças com TDI, provavelmente é atribuída à dor nos dentes, boca ou maxilares e limitações de alguma função oral, como

dificuldade para comer certos alimentos, normalmente observada em TDI grave. O impacto negativo da TDI no domínio da família é, provavelmente, devido à urgência em lidar com o problema<sup>17</sup>. Comprovado no item do ECOHIS relacionado a dias de trabalho perdidos para os cuidadores, que têm que ficar em casa para cuidar da criança, acarretando falta ao trabalho e custos com tratamento odontológico<sup>13</sup>.

Má oclusão é uma ocorrência comum na infância, com alterações funcionais e estéticas que exercem um impacto na qualidade de vida<sup>13,17,37</sup>. Evidências sugerem que os indivíduos com alterações oclusais, podem sofrer preconceitos ou serem vítimas de discriminação social, e tais experiências podem deixar marcas indeléveis<sup>38,39</sup>. Assim, as percepções de pacientes jovens e seus pais a respeito da má oclusão não devem ser negligenciados<sup>40</sup>.

Apenas um estudo transversal com uma amostra representativa de crianças em Canoas, Brasil encontrou relação entre má oclusão e QVRSB. Os critérios utilizados para determinar má oclusão não foram descritos no estudo, o que torna difícil a comparação dos resultados com outros estudos<sup>13</sup>.

Em vários estudos da análise, má oclusão não foi associada com QVRSB entre crianças em idade pré-escolar<sup>9,12,14,16,17,19,24</sup>. A maioria das formas de má oclusão está relacionada a hábitos de sucção não nutritiva, como dedo ou chupeta, e uso prolongado de mamadeira. Muitas crianças pequenas mantêm hábitos que podem conduzir a alterações estéticas na oclusão, produzidas pelo mau posicionamento dos dentes<sup>17</sup>. A falta de impacto na QVRSB de crianças em idade pré-escolar é provavelmente porque nesta idade elas não priorizam a estética, que é um fator que influencia o impacto da má oclusão em grupos de crianças em idade mais avançada<sup>13,37,41,42</sup>. Além disso, os casos mais graves de má oclusão, que possa exercer alterações estéticas e funcionais, são mais prevalentes nas dentições mistas e permanentes<sup>43,44</sup>.

A história de dor de dente foi associada com um impacto negativo na qualidade de vida entre as famílias. Estudos relatam que é um dos principais motivos da busca por tratamento odontológico em crianças pequenas<sup>45,46</sup>. Estudo realizado na Arábia Saudita relata que a dor de dente foi a causa mais frequentemente associada a quase todos os impactos sobre a criança, tanto em escolas públicas quanto privadas<sup>24</sup>, que está de acordo com achados nesta revisão<sup>9,24</sup>. A visita ao dentista é um fator de proteção contra o impacto negativo sobre a QVRSB. É provável que este achado esteja relacionado ao fato de o acesso ao dentista ajudar manter uma saúde bucal satisfatória<sup>47</sup>.

Fatores socioeconômicos apresentaram repercussão na QVRSB de crianças em idade pré-escolar e de seus pais. Há três maneiras de explicar a relação entre nível socioeconômico e resultado de saúde. Primeiro, a renda familiar tem um efeito direto sobre a capacidade de acesso a bens, serviços e recursos que promovem a saúde. Segundo, há um mecanismo indireto em termos de exposição diferencial aos fatores de risco e comportamentos de saúde. Terceiro, a associação entre o nível socioeconômico e de saúde pode ser o resultado de diferenças de recursos psicológicos e psicossociais<sup>38</sup>.

Famílias de baixa renda têm pior saúde geral e bucal, e fatores socioeconômicos exercem uma influência nas respostas sobre o impacto das doenças na qualidade de vida<sup>9,15,16,20,21,48</sup>. Disparidades socioeconômicas na QVRSB em grupos de crianças em idade escolar foram encontradas em outros estudos. As crianças oriundas de famílias de baixa renda tiveram maiores impactos na qualidade de vida que crianças de famílias com rendas mais altas<sup>16</sup>. Estudo realizado com pais de 260 crianças com idade entre 2 e 5 anos de idade, que procuraram tratamento odontológico na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, também encontrou associação positiva entre a renda familiar baixa e impacto negativo na QVRSB, justificando a importância de avaliar o impacto das condições socioeconômicas na QVRSB em crianças pré-escolares<sup>14</sup>.

A razão para a associação entre saúde bucal e situação socioeconômica é fundamentada no fato de que o status socioeconômico determina o acesso aos recursos que contribuem para uma saúde bucal satisfatória, bem como os fatores comportamentais e consumo de açúcar entre eles: escovação, atividades preventivas e visitas regulares ao dentista<sup>49</sup>.

A associação significativa da QVRSB com a escolaridade da mãe é provavelmente em resultado do conhecimento a respeito das escolhas saudáveis para manter a saúde bucal satisfatória<sup>50</sup>. A percepção dos pais/cuidadores em relação à saúde bucal de seus filhos também é considerada um preditor de impacto na qualidade de vida das famílias em um estudo brasileiro. Além disso, os pais/cuidadores podem perceber alguma indicação de necessidade de tratamento odontológico<sup>51</sup>.

Em um estudo brasileiro, realizado com crianças que participaram da campanha de vacinação nas unidades básicas de saúde de Diamantina, cidade localizada ao norte de Minas Gerais, Brasil, a maior idade da mãe teve impacto positivo na QVRSB de crianças pré-escolares<sup>7</sup>. A idade dos pais influenciou as pontuações do ECOHIS, destacando a importância da inclusão da idade dos pais nas avaliações da QVRSB das crianças<sup>52</sup>. É possível que pais

mais jovens se sentem menos seguros no cuidar de seus filhos<sup>8</sup>. Em estudo realizado com pais de crianças com idade entre 2 e 5 anos de idade, que procuraram tratamento odontológico na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo não foi encontrada associação entre a idade dos pais e as pontuações do ECOHIS<sup>14</sup>.

## CONCLUSÃO

A análise dos 17 estudos permitiu visualizar os fatores que impactam negativamente na QVRSB, sendo cárie, traumatismo dental, má oclusão, dor de dente, renda familiar, idade e escolaridade dos pais. Portanto, é necessário facilitar o acesso das crianças a serviços de educação e promoção, para evitar que alterações bucais possa causar um impacto negativo que comprometa a sua saúde e qualidade de vida. Além disso, esses resultados podem ajudar pesquisadores em suas tentativas de melhorar os resultados de saúde bucal para as crianças em idade pré-escolar.

Faz-se necessário um olhar ampliado em busca de políticas que atentem para melhoria da saúde bucal, tendo em vista que a eficácia de implementar estratégias de promoção de saúde e educação bucal na pré-escola, contribui para garantia de um desenvolvimento saudável para as crianças e suas famílias. Além da prevenção das doenças bucais na fase adulta, essas estratégias podem reduzir custo, possibilitando ampliar as políticas públicas de saúde bucal a uma maior parcela da população.

Essa revisão mostrou que existem inúmeros estudos que relacionam as alterações bucais com a QVRSB de crianças em idade pré-escolar. Mas não foram encontradas pesquisas que associem as práticas de higiene bucal com a QVRSB de crianças em idade pré-escolar. Desta forma sugerem-se novos estudos com essa abordagem.

## REFERÊNCIAS

1. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 18.
2. 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(5): 431-440.

3. World Health Organization (WHO). The World Oral health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21 st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO, 2003.
4. Assumpção Junior FB, Kuczynsky E, Sprovieri MH, Aranha EMG. Escala de avaliação de qualidade de vida. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(1): 119-127.
5. Martins-Junior 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 Saúde Pública* 2012; 28(2): 367-374.
6. 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; 30: 5-6.
7. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto de problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2007; 24(8): 2555-2564.
8. Martins-Junior PA, Vieira-Andrade RG, Côrrea-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of Early Childhood Caries on the Oral Health-Related Quality of Preschool Children and their Parents. *Caries Res* 2013; 47: 211-218.
9. 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.
10. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Van Jr WF. Caregivers' oral health Literacy and their Young children oral health-related quality of life. *Acta Odontol Scand* 2012; 70 (5): 390-397.
11. López-Ramos RP, Garcia-Rupayac CR, Calidad de vida y problemas bucales em Preescolares de la provincia de Huaura, Lima. *Ver Estomatol Herediana* 2013; 23(3): 139-147.
12. Gomes MC, Pinto-Sarmento TCA, Costa EMMB, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12: 55.
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): 327-335.

14. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(2): 105-114.
15. Wong HM, McGrath CPJ, King NM. Lo ECM. Oral Health-Related Quality of Life in Hong Kong Preschool Children. *Caries Res* 2011; 45(4): 370-376.
16. Abanto J, Tello G, Gabriela CB, 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* 2014; 25(1): 18-28.
17. Aldrigui JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio D. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of Young children. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9(9): 78.
18. Nanayakkara V, Renzaho A, Oldenburg B, Ekanayake L. Ethnic and sócio-economic disparities in oral health outcomes and quality of life among Sri Lankan Preschoolers: a cross-sectional study. *Int J Equity Health* 2013; 12: 89.
19. 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): 655-661.
20. Xavier A, Carvalho FS, Bastos RS, Caldana ML, Bastos JRM. Dental caries-relates quality of life and socioeconomic status of preschool children, Bauru,SP. *Braz J Oral Sci* 2012; 11(4): 463-468.
21. Viegas CM, Paiva SM, Scarpelli AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Influence of traumatic dental injury on quality of life of Breazilian preschool children and their families. *Dent Traumatol* 2014; 30(5): 338-347.
22. Andrade LHR, Buczynski AK, Luiz RR, Castro GF, Souza IPR. Impacto de la salud oral em la calidad de vida de los niños pre-escolares: percepcion de los responsables. *Acta Odontol Venez* 2011; 49(4): 1-9.
23. Siqueira MB, Firmino RT, Clementino MA, Carolina CM, 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(12): 6422-6441.
24. Sousa RV, Clementino MA, Gomes MC, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Malocclusion and quality of the life in Brazilian preeschoolers. *Eur J Oral Sci* 2014; 122(3): 223-229.

25. Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Burgos-Gil LM. Social representations of pregnant mothers in an urban Community: Medellín, Colombia. *Salud Publica Mex* 2010; 52(1): 46-51.
26. Arora A, Bedros D, Bhole S, Do LG, Scott J, Blinkhorn A, Schwarz E. Child and Family health nurses' experiences of oral health of preschool children: a qualitative approach. *J Public Health Dent* 2012; 72(2): 149-155.
27. Lee GHM, McGrath C, Yiu CKY, King NM. Translation and validation of a Chinese Language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Int J Paediatr Dent* 2009; 19(6): 399-405.
28. Wandera M, Kayondo J, Engebrestsen IMS, Okullo I, Astrom AN. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: a study of 6- to 36-month-olds in Uganda. *Int J Paediatr Dent* 2009; 45: 370-376.
29. Casamassimo OS, Thykkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. Beyond the dmft: the human and economic cost of Early Childhood caries. *J Am Dent Assoc* 2009; 140(6): 650-657.
30. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial Effects of severe caries in 4-years-old children in Recife, Brazil. *Cad Saúde Públ* 2005; 21(5): 1550-1556.
31. Clarke M, Locker D, Berall G, Pencharz P. Malnourishment in a population of Young children with severe Early Childhood caries. *Pediatr Dent* 2006; 28(3): 254-259.
32. Cunnion DT, Spiro A, Jones JÁ, Rich SE, Papageorgiou CP, Tate A et al. Pediatric oral health-related quality of life improvement of Early Childhood caries: a prospective multisite study. *J Dent Child* 2010; 77(3): 4-11.
33. Bonecker M, Marcenes W, Sheiham A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12: 108-113.
34. Antunes LAA, Leão AT, Maia LC. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. *Ciênc Saúde Col* 2012; 17(12): 3417-3424.
35. Andreasen JO, Ravn JJ. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanente teeth in a Danish population sample. *Int J Oral Surg* 1972; 1(5): 235-239.
36. Jorge KO, Moysés SJ, Ferreira EF, Ramos-Jorge ML, Zarzar PMPA. Prevalence and factors associated to dental trauma in infants 1-3 years of age. *Dent Traumatol* 2009; 25(2): 185-189.

37. O'Brien C, Benson PE, Marshman Z. Evaluation of a quality of life measure for children with malocclusion. *J Orthod* 2007; 34(3): 185-193.
38. Sanders AE, Spencer AJ. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(5): 370-377.
39. Johal A, Cheung MY, Marcens W. The impact of two different malocclusion traits on quality of life. *Br Dent J* 2007; 202(2):27.
40. Spali S, Slaj M, Varga S, Strujic M. Perception of orthodontic treatment need in children and adolescents. *Eur J Orthod* 2010; 32(4): 387-394.
41. Sardenberg F, Martins MT, Bendo CB, Pordeus IA, Paiva SM, Auad SM, Vale MP. Malocclusion and oral health-related quality of life in Brazilian school children a population-base study. *Angle Orthod* 2013; 83(1): 83-89.
42. Bernabé E, Oliveira CM, Sheiham A. Comparison of the discriminative ability of a generic and a condition-specific OHRQoL measure in adolescents with and without normative need for orthodontic treatment. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 21(6): 64.
43. Thilander B, Pena L, Infante C, Parada SS, Mayorga C. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in children and adolescents in Bogota, Colombia. An epidemiological study related to different stages of dental development. *Eur J Orthod* 2001; 23(2): 153-167.
44. Frazão P, Narvai PC, Latorre MR, Castellanos RA. Are severe occlusal problems more frequent in permanent than deciduous dentition? *Rev Saude Publica* 2004; 38(2): 247-256.
45. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Use of dental services by preschool children in Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1): 150-156.
46. Camargo MB, Barros AJ, Frazão P, Matijasevich A, Santos IS, Peres MA, Peres KG. Predictors of dental visits for routine check-ups and for the resolution of problems among preschool children. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1): 87-97.
47. Lee JY, Bouwens TJ, Savage MF, Vann-Junior WF. Examining the cost-effectiveness of Early dental visits. *Pediatr Dent* 2006; 28(2): 102-105.
48. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(1): 132-139.

49. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 2005; 365(9464): 1099-1104.
50. Feldens CA, Giugliani ER, Vigo A, Vítolo MR. Early feeding practices and severe Early Childhood caries in four-year-old children from Southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Res* 2010; 44: 445-452..
51. Childhood caries in four-year-old children from Southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Res* 2010; 44(5): 445-452.
52. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc* 2005; 136: 364-372.

## 5.2. Artigo 2

### QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICAS DOS PAIS NA HIGIENE BUCAL DE SEUS FILHOS

#### RESUMO

A saúde bucal pode influenciar as atividades diárias, bem estar geral e qualidade de vida dos indivíduos. Avaliar as práticas de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida é importante para instituição de programas de saúde pública. Desta forma, o objetivo do estudo foi verificar a relação entre a qualidade de vida e as práticas dos pais na higiene bucal de seus filhos em idade pré-escolar.

**Material e método:** Estudo transversal, com 132 pais de crianças de 2 a 5 anos de idade, matriculadas em uma pré-escola que foram convidados a preencher uma ficha de perfil sociodemográfico, o questionário *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) e um questionário estruturado, contendo questões objetivas sobre práticas dos pais em relação à saúde bucal dos filhos. Foram utilizados os testes Qui Quadrado, Exato de Fisher, Sperman's e de Mann-Whitney.

**Resultados:** A maioria da amostra estudada foi composta por mães (91,7%), com média de idade de 29,9 anos, ensino fundamental e médio (92,4%) e renda média de R\$ 1.220,00 reais (hum mil e duzentos reais). A maior parte dos pais relatou que seus filhos têm os dentes escovados menos de três vezes ao dia (68,2%), usam escova de dente e creme dental infantil (92,3% e 62,9% respectivamente), não usam mamadeira ao dormir (61,4%) e que começaram a escovar os dentes dos filhos antes de 1 ano de idade (65,2%). A pontuação total média do ECOHIS foi 5,3 que representa um fraco impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças e das famílias. Crianças que usam mamadeira à noite e não escovam os dentes antes de dormir, crianças que escovam seus próprios dentes, usam creme dental de adulto, têm seus dentes escovados menos de três vezes ao dia e começaram a escovar os dentes após 1 ano de idade têm pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

**Conclusão:** Práticas dos pais na higiene bucal de seus filhos em idade pré-escolar tem impacto na qualidade de vida da criança e da família.

**Palavras-chave:** Saúde bucal, Qualidade de vida, Pré-escolar.

#### ABSTRACT

Oral health can influence daily activities, as well as well-being and people's quality of life. Evaluating the oral health practices and their impact on quality of life is important

for public health programs establishment. This way, the aim of the study was to investigate the relationship between quality of life and parental practices in oral health of their children during preschool stage.

**Material and Methods:** Cross-sectional study with 132 parents of 2-5 years old children, registered in a preschool, that were asked to complete a sociodemographic form, the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) questionnaire and a structured questionnaire, that contained objective questions about parental practices related to their children oral health. Qui Quadrado, Exato de Fisher, Sperman's e de Mann-Whitney tests were used.

**Results:** Most of the sample were made up of mothers (91.7%) with age average of 29,9 years old , elementary and high school (92.4%), familiar income of R\$ 1.220.00. Most parents reported that their children have their teeth brushed less than three times a day (68.2%), they use toothbrush and children's toothpaste (93.2% and 62.9% respectively), they do not use baby bottle to sleep (61.4%) and they began to brush their children's teeth before they were one year old (65.2%). The total average score ECOHIS was 5.3, representing a weak impact of oral health on children and families quality of life. Children who use a baby bottle at night and do not brush their teeth before going to bed, children that brush their own teeth and use adult toothpaste, have their teeth brushed less than three times a day and started to have their teeth brushed after 1 year old have a worse quality of life related to oral health.

**Conclusion:** Have relationship between quality of life and parental practices in oral health of their children during preschool stage.

**Keywords:** oral health, quality of life, preschool.

## **INTRODUÇÃO**

A saúde bucal é parte da saúde geral e essencial para a qualidade de vida. Todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e relacionar-se sem constrangimento. As pessoas percebem a importância da saúde bucal para a qualidade de vida sob uma variedade de formas, nos domínios físico, social e psicológico. A capacidade de se alimentar e a

ocorrência de dor e desconforto costumam ser considerados os aspectos positivos e negativos mais relevantes para a qualidade de vida, respectivamente [1].

A qualidade de vida pode ser definida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” [2]. A qualidade de vida, além de compreender uma representação subjetiva da sensação de bem-estar, é multidimensional e inclui tanto dimensões positivas quanto negativas [3,4].

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) refere-se ao impacto que a saúde ou doença bucal exerce nas atividades diárias, bem-estar geral e qualidade de vida dos indivíduos. As doenças e distúrbios bucais durante a infância podem ter um impacto negativo sobre a vida de crianças pré-escolares e de seus pais [5]. A Escala de Impacto sobre a Saúde Bucal na Primeira Infância (ECOHIS) foi desenvolvida para avaliar a QVRSB de crianças em idade pré-escolar (zero a cinco anos de idade), bem como seu impacto na vida da criança e da família [5]. No Brasil, o ECOHIS foi traduzido, adaptado e validado para uso em crianças de dois a cinco anos de idade [6].

O homem é um ser biopsicossocial e como tal sofre influências não apenas do meio ambiente como também do meio social em que está inserido. A adoção de hábitos comportamentais coerentes na infância começa em casa com os pais, que desempenham um importante papel no estilo de vida relacionado à saúde bucal dos filhos. Os pais devem ser informados de que seus hábitos de saúde bucal influenciam a saúde bucal de seus filhos e, conseqüentemente, sua qualidade de vida [7].

A saúde de uma população, em especial a saúde bucal é expressa claramente pelas condições do meio no qual ela está inserida, e principalmente, pela forma com que são estabelecidos os relacionamentos interpessoais e familiares. Desde o nascimento, a criança estabelece uma interdependência com o seu meio. Assim os pais, cuidadores ou responsáveis desempenham um papel fundamental nesse desenvolvimento biopsicossocial. A melhor maneira de motivar pré-escolares acerca de saúde bucal é através dos pais, pois estes desempenham um papel psicossocial muito importante para os filhos. Desta forma, o exemplo estabelecido

pela família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança [8].

Bons hábitos de higiene bucal são comuns quando valores de saúde bucal são aceitos como parte do estilo de vida da família. Esse processo educativo deve ser entendido como agente transformador de comportamentos, essenciais para aquisição e manutenção da saúde [9]. O estabelecimento da prática diária de hábitos que geram saúde depende fundamentalmente de adequado ambiente familiar. As crianças que desenvolvem hábitos de higienização precocemente terão mais chances de crescer com boas condições de saúde bucal [8].

Foi encontrado na literatura estudos que relacionam as alterações ou doenças bucais com QVRSB de crianças em idade pré-escolar [10-14]. Existem também estudos descritivos sobre as práticas de higiene bucal de crianças [15-17], mas não foram encontradas pesquisas que associassem hábitos de higiene bucal com QVRSB de crianças em idade pré-escolar. Visando preencher essa lacuna do conhecimento foi desenvolvido esse estudo, com o intuito de instituir programas de saúde pública que fortaleça a atenção básica com ações voltadas à educação em saúde bucal que contemple tanto as crianças pré-escolares, quanto seus pais. Pois as práticas de higiene bucal dos pais podem ter impacto na qualidade de vida da criança e da família.

O objetivo do presente estudo foi verificar a relação entre qualidade de vida relacionada à saúde bucal e as práticas dos pais na saúde bucal de seus filhos em idade pré-escolar.

## **MÉTODO**

### **Tipo e local de estudo**

Trata-se de um estudo transversal e analítico, desenvolvido em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), localizado a 160 km da capital do Estado, na região do Vale do São Patrício, ao norte do Estado de Goiás, Brasil. O município possui uma população de aproximadamente 4.900 habitantes, onde predomina a economia agropecuária.

O CMEI conta com 149 estudantes regularmente matriculados com idade entre 2 e 5 anos. É o único CMEI no Município, com a proposta de oferecer educação em idade pré-escolar.

### **População**

A população foi composta de pais de 132 crianças do CMEI Municipal, que tivessem filhos entre 2 e 5 anos de idade. Foram excluídos os pais que não completaram o preenchimento do questionário.

### **Coleta de dados**

Foram utilizados três instrumentos: a ficha de perfil sociodemográfico, a Escala de Impacto da Saúde Bucal na Primeira Infância (ECOHIS), e um questionário estruturado, contendo questões objetivas específicas sobre práticas dos pais em relação à saúde bucal dos filhos.

A ficha de perfil sociodemográfico foi elaborada pela pesquisadora contendo idade da criança e dos pais, dados sobre o gênero, número de filhos, tipo de residência, renda familiar mensal, escolaridade dos pais, se estes trabalham fora de casa e se a residência possui água tratada.

O Instrumento ECOHIS é composto por 13 questões originais, das quais nove avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança (seção da criança) e quatro avaliam os problemas bucais da criança sobre sua família (seção da família) [5]. O questionário foi adaptado transculturalmente e validado no idioma português [6]. A seção da criança inclui quatro domínios descritivos: sintomas (01 questão); funcional (04 questões); aspectos psicológicos (02 questões) e autoimagem/interação social (02 questões). Constam na seção da família dois domínios: angústia dos pais (02 questões); e função familiar (02 questões). As respostas serão fornecidas em escala do tipo Likert (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=com frequência; 4=com muita frequência), variando o escore global de 0 a 52, a partir da soma do escore dado para cada questão. A versão brasileira do questionário ECOHIS apresentou boas propriedades psicométricas, por ser considerado um instrumento apropriado para avaliar o impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida das crianças brasileiras [18].

A pontuação mínima obtida no questionário é zero, que corresponde à saúde bucal sem influência na qualidade de vida dos pré-escolares e a máxima é 52, demonstrando que existe forte influência da saúde bucal na qualidade de vida das crianças. A somatória total da pontuação do questionário é dividida em: a) sem impacto - quando o resultado da soma total dos pontos for igual a zero; b) impacto fraco - quando a soma da pontuação total do questionário for maior que zero e menor ou igual a 18,67; c) impacto médio - quando o resultado for maior que 18,67 e menor que 37,34; e d) impacto forte - quando a soma dos pontos do questionário for maior que 37,34 e menor ou igual a 52 [6].

O questionário estruturado sobre as práticas dos pais relacionadas à saúde bucal de seus filhos é composto por questões objetivas referentes aos hábitos de higienização; tipo de escova e creme dental (adulto ou infantil), supervisão de escovação e uso do fio dental, avaliando início, método utilizado e frequência. O questionário foi adaptado do estudo de Ferreira [19].

### **Procedimentos**

A coleta de dados por meio de entrevista foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2014 no CMEI, nos períodos matutino e vespertino, quando os pais deixavam ou iam buscar seus filhos na escola. Os pais que não foram encontrados receberam visita domiciliar.

### **Aspectos éticos**

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás- (PUC-Goiás) no dia 16 de agosto de 2014. A pesquisa seguiu todas as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da participação no estudo.

### **Análise Estatística**

O programa Microsoft®Excel 2007 foi usado para tabulação dos dados e a análise estatística foi realizada pelo programa *Statistical Package of the Social science* (SPSS)® for Windows®, versão 16.0. Para comparação entre as variáveis

sociodemográficas e as práticas de saúde bucal foram utilizados os testes Qui Quadrado e Exato de Fisher. Na correlação entre as variáveis sociodemográficas e ECOHIS foi usou-se o teste de correlação de Sperman's. E para comparação entre práticas de saúde bucal e ECOHIS foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Como significância o valor 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

Um total de 132 pais de crianças pré-escolares participou do estudo, o que correspondeu a 88,6% da população estudada. A exclusão de 17 pais foi devida aos filhos terem deixado de frequentar a pré-escola ( $n=11$ ), e questionários incompletos ( $n=6$ ). A média de idade das crianças foi de 4,2 anos ( $DP \pm 0,78$ ) e a média de idade dos pais de 29,9 anos ( $DP \pm 6,19$ ). A renda mensal média da família foi de 1.186,20 reais ( $DP \pm 598,98$ ).

A maioria das crianças tem quatro ou cinco anos de idade (78,8%) e são do sexo masculino (55,3%). A idade dos pais teve uma distribuição quase homogênea entre os grupos com idade menor ou maior/igual a 30 anos. A maioria era mãe (91,7%), com ensino fundamental e médio (92,4%), e tinha um ou dois filhos (74,2%). Quase metade das famílias reside em casa própria (52,3%). A maior parte tem renda mensal média inferior a R\$ 1.200,00 (58,3%), e quase todas as residências possuem água tratada (93,9%). A maioria dos pais trabalha fora (95,4%), e quase metade das mães não trabalha fora (49,2%) (Tabela 1).

**Tabela 1** Dados sociodemográficos de pais de crianças matriculadas no CMEI de 2 a 5 anos, Rianápolis, Goiás ( $n=132$ ).

Variáveis	N	%
<b>Idade Criança</b>		
2 e 3 anos	28	21,2
4 e 5 anos	104	78,8
<b>Sexo Criança</b>		
Masculino	73	55,3
Feminino	59	44,7
<b>Idade Pais</b>		
< 30 anos	65	49,2
≥ 30 anos	67	50,8
<b>Sexo Pais</b>		

Masculino	11	8,3
Feminino	121	91,7
<b>Escolaridade Pais</b>		
Fundamental e Médio	122	92,4
Superior	10	7,6
<b>Quantos filhos você tem</b>		
1 ou 2 filhos	98	74,2
≥ 3 filhos	34	25,8
<b>Qual o tipo de residência da sua família</b>		
Própria	69	52,3
Outros	63	47,7
<b>Renda mensal da família</b>		
< 1200,00	77	58,3
≥ 1200,00	55	41,7
<b>Sua residência tem água tratada</b>		
Não	8	6,1
Sim	124	93,9
<b>O pai trabalha fora de casa</b>		
Não	6	4,5
Sim	126	95,4
<b>A mãe trabalha fora de casa</b>		
Não	65	49,2
Sim	67	50,8

A maioria das crianças não usa mamadeira ao dormir (61,4%) e dentre as que usam 54,9% não realizam higiene bucal antes de dormir. Quase todas as crianças possuem escova de dente (98,5%), todas relataram ter os dentes escovados, e a maioria dos dentes são escovados pela própria criança (53,0%). Entre os pais que escovam os dentes dos seus filhos, a maioria não encontra dificuldade para realizá-lo (58,0%) A maioria das crianças usa escova de dente e creme dental infantil (93,2% e 62,9% respectivamente). A maior parte dos pais relatou que seus filhos têm os dentes escovados menos de três vezes ao dia (68,2%) e que começaram a escová-los antes de 1 ano de idade (65,2%). A maioria dos pais acredita que seja agradável a seu filho escovar os dentes (67,4%), coloca o creme dental na escova cobrindo metade ou menos da metade (79,5%) e são eles que colocam creme dental na escova de dente do filho (69,7%). Grande porcentagem das crianças não usa fio dental (54,6%), e as crianças que usam, fazem-no raramente (67,8%) e os pais que passam o fio dental (79,7%) (Tabela 2).

**Tabela 2 Práticas de saúde bucal de crianças de 2 a 5 anos matriculadas no CMEI, Rianópolis, Goiás (n=132).**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Usa mamadeira ao dormir (n=132)</b>		
Não	81	61,4
Sim	51	38,6
<b>Limpa a boca do filho antes de dormir (n=51)</b>		
Não	28	54,9
Sim	23	45,1
<b>Tem escova de dente (n=131)</b>		
Não	2	1,5
Sim	129	98,5
<b>Escova os dentes (n=132)</b>		
Não	0	0,0
Sim	132	100,0
<b>Quem escova os dentes (n=132)</b>		
Pais/cuidadores	62	47,0
Criança	70	53,0
<b>Dificuldade dos pais em realizar escovação (n=62)</b>		
Não	36	58,0
Sim	26	42,0
<b>Tipo de escova de dente (n=132)</b>		
Adulto	9	6,8
Infantil	123	93,2
<b>Tipo de creme dental de seu filho (n=132)</b>		
Adulto	49	37,1
Criança	83	62,9
<b>Número de escovações/dia (n=132)</b>		
< 3 vezes	90	68,2
≥ 3 vezes	42	31,8
<b>Idade que a criança começou a ter os dentes escovados (n=132)</b>		
≤ 1 ano	86	65,2
> 1 ano	46	34,8
<b>É agradável ao seu filho (a) escovar os dentes (n=132)</b>		
Não	43	32,6
Sim	89	67,4
<b>Quantidade de creme dental usada (n=132)</b>		
Cobrindo toda a escova	27	20,5
Cobrindo metade ou menos da escova	105	79,5
<b>Quem coloca creme dental na escova (n=132)</b>		
Pais/cuidados	92	69,7
Criança	40	30,3
<b>Uso do fio dental (n=132)</b>		
Não	72	54,6
Sim	60	45,4
<b>Frequência do uso do fio dental (n=60)</b>		

1 a 2 vezes ao dia	19	32,2
Às vezes/Raramente	41	67,8
<b>Quem passa o fio dental (n=60)</b>		
Pais/cuidados	47	79,7
Criança	13	20,3

Crianças de dois e três anos de idade usam mais mamadeira ao dormir que crianças de quatro e cinco anos de idade (OR = 0,38, IC 95% = 0,16 - 0,89,  $p = 0,029$ ); crianças de quatro e cinco anos realizam sozinha sua escovação dental, mais que crianças de dois e três anos de idade (OR = 24,56, IC 95% = 5,51 - 109,38,  $p < 0,001$ ). Filhos de pais com mais de 30 anos de idade usam mais escova dental infantil (OR = 0,26, IC 95% = 1,12 - 76,32,  $p = 0,016$ ), e escovam mais vezes ao dia os dentes de seus filhos, que os pais com menos de 30 anos de idade (OR = 2,62, IC 95% = 1,22 - 5,62,  $p = 0,015$ ). Famílias com renda mensal acima de R\$ 1.200,00 fazem mais uso de creme dental infantil, que famílias com renda mensal inferior a R\$ 1.200,00 (hum mil e duzentos reais) (OR = 2,11, IC 95% = 1,001 - 4,44,  $p = 0,048$ ). As variáveis sociodemográfica, sexo das crianças e escolaridade e sexo dos pais, não apresentaram relação com as práticas dos pais na saúde bucal de seus filhos em idade pré-escolar (Tabela 3).

**Tabela 3 Comparação entre variáveis sociodemográficas e as práticas de saúde bucal, Rianópolis, Goiás (n=132).**

	Idade Criança				P*	OR	IC 95%	
	2 a 3 anos		4 a 5 anos				Inferior	Superior
	n	%	N	%				
<b>Seu filho (a) usa mamadeira ao dormir</b>								
Não	12	42,9	69	66,3	<b>0,029</b>	0,38	0,16	0,89
Sim	16	57,1	35	33,7				
Total	28	100,0	104	100,0				
<b>Quem escova os dentes do seu filho (a)</b>								
Pais/cuidadores	26	92,9	36	34,6	<b>&lt;0,001</b>	24,56	5,51	109,38
Criança	2	7,1	68	65,4				
Total	28	100,0	104	100,0				

	Idade Pais				P**	OR	IC 95%	
	< 30 anos		≥ 30 anos				Inferior	Superior
	n	%	N	%				
<b>Qual tipo de escova de dente seu filho (a) utiliza</b>								
Adulto	8	12,3	1	1,5				
Infantil	57	87,7	66	98,5				

Total	65	100,0	67	100,0	<b>0,016</b>	9,26	1,12	76,32
<b>Quantas vezes ao dia os dentes do seu filho (a) são escovados</b>								
< 3 vezes	51	78,5	39	58,2				
≥ 3 vezes	14	21,5	28	41,8				
Total	65	100,0	67	100,0	<b>0,015</b>	2,62	1,22	5,62

	4- renda mensal da família				P**	OR	IC 95%	
	< 1200,00		≥ 1200,00				Inferior	Superior
	n	%	N	%				
<b>Como é o creme dental de seu filho</b>								
Adulto	34	44,2	15	27,3				
Criança	43	55,8	40	72,7				
Total	77	100,0	55	100,0	<b>0,048</b>	2,11	1,001	4,44

\*Teste Exato de Fisher; \*\*Teste Qui-Quadrado.

A pontuação total média do ECOHIS foi de 5,3, que representa um fraco impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças e das famílias. Nenhuma pontuação máxima foi observada na seção da criança ou da família. A pontuação máxima informada na seção de impacto sobre a criança foi 24 e, na seção de impacto sobre a família de 13, sendo a pontuação máxima total 29. Na seção da criança, o maior impacto negativo na qualidade de vida foi no domínio “sintoma” e da família no domínio “angústia dos pais” (Tabela 4).

**Tabela 4 Pontuação do ECOHIS de crianças de 2 a 5 anos do CMEI, Rianópolis, Goiás (n=132).**

Fator/ECOHIS	Média	DP	IC 95% da Média	
			Inferior	Superior
<b>Seção da Criança</b>				
Sintomas (0-4)	1,00	1,10	0,81	1,19
Funcional (0-16)	1,87	2,31	1,47	2,27
Aspectos Psicológicos (0-8)	1,01	1,46	0,76	1,26
Autoimagem e interação social (0-8)	0,14	0,71	0,02	0,27
<b>Seção da Família</b>				
Angustia dos pais (0-8)	0,85	1,59	0,57	1,12
Função familiar (0-8)	0,42	1,13	0,23	0,62
<b>Pontuação total do ECOHIS (0-52)</b>	<b>5,30</b>	<b>5,94</b>	<b>4,27</b>	<b>6,32</b>

Com relação ao impacto da saúde bucal na QVRSB de crianças pré-escolares 47 (35,6%) não apresentaram impacto, 79 (59,8%) tiveram impacto fraco e 6 (4,5%) médio impacto. Os itens relatados como “às vezes” e “com frequência” pelos pais na seção de impacto na criança foram sentir dor (43,1%), dificuldade para comer, beber e dormir (31,1%, 34,1% e 25,7% respectivamente); e na seção de impacto na família foram sentir-se culpados (21,3%) e faltar ao trabalho para cuidar da criança (8,4%).

Houve correlação negativa de fraca a moderada entre idade da criança com os domínios sintomas ( $r = 0,401$ ,  $p < 0,001$ ), funcional ( $r = 0,401$ ,  $p < 0,001$ ) e aspecto psicológico ( $r = 0,250$ ,  $p = 0,004$ ) da seção da criança e pontuação total do ECOHIS ( $r = 0,362$ ,  $p < 0,001$ ). A renda mensal familiar apresentou fraca correlação negativa com os domínios sintomas ( $r = -0,189$ ,  $p = 0,030$ ), aspectos psicológicos ( $r = -0,205$ ,  $p = 0,018$ ) da seção da criança e pontuação total do ECOHIS ( $r = -0,177$ ,  $p = 0,042$ ). Não houve correlação entre idade dos pais e os domínios e pontuação total do ECOHIS.

Crianças que usam mamadeira e não realizam higienização da boca antes de dormir, têm pior qualidade de vida no domínio psicológico na seção da criança, angústia dos pais na seção da família e pontuação total do ECOHIS. Crianças que escovam seus próprios dentes têm pior qualidade de vida nos domínios sintomatologia, funcional e psicológico na seção da criança e pontuação total do ECOHIS. Crianças que usam creme dental de adulto têm pior qualidade de vida nos domínios sintomatologia, funcional e psicológico na seção da criança e pontuação total do ECOHIS. Crianças que têm seus dentes escovados menos de três vezes ao dia têm pior qualidade de vida no domínio funcional na seção da criança. Crianças que começaram a escovar os dentes com mais de um ano de idade, tiveram maior comprometimento da qualidade de vida nos domínios sintomatologia, funcional e psicológico na seção da criança, angustia dos pais na seção da família e pontuação total do ECOHIS (Tabela 5).

Não houve relação entre uso de mamadeira noturna, dificuldade dos pais na escovação dos dentes de seus filhos, tipo de escova de dente da criança, quantidade de creme dental utilizado na escovação e uso de fio dental com os domínios e pontuação total do ECOHIS.

**Tabela 5 Comparação entre as variáveis relacionadas às práticas dos pais em relação à saúde bucal de seus filhos e a pontuação do instrumento ECOHIS.**

Fator	N	Média	DP	IC 95% Média		Min	Max	p
				Inferior	Superior			
<b>Limpar a boca do filho antes de dormir</b>								
<b>Domínio da criança</b>								
Psicológico								
Não	28	1,34	1,63	0,72	1,97	0,00	6,00	
Sim	23	0,71	1,63	0,02	1,40	0,00	6,00	

Total	51	1,06	1,65	0,60	1,51	0,00	6,00	<b>0,043</b>
<b>Domínio da família</b>								
Angustia dos pais								
Não	28	1,66	2,04	0,88	2,43	0,00	6,00	
Sim	23	0,42	1,10	-0,05	0,88	0,00	5,00	
Total	51	1,09	1,78	0,60	1,58	0,00	6,00	<b>0,017</b>
<b>Pontuação total</b>								
Não	28	7,66	7,04	4,98	10,33	0,00	23,00	
Sim	23	4,04	5,38	1,77	6,32	0,00	20,00	
Total	51	6,02	6,54	4,22	7,82	0,00	23,00	<b>0,046</b>
<b>Quem escova os dentes</b>								
<b>Domínio da criança</b>								
Sintomatologia								
Pais/cuidados	62	0,63	1,03	0,37	0,89	0,00	3,00	
Criança	70	1,33	1,06	1,08	1,58	0,00	3,00	
Total	132	1,00	1,10	0,81	1,19	0,00	3,00	<b>0,000</b>
Funcional								
Pais/cuidados	62	1,21	2,23	0,64	1,77	0,00	9,00	
Criança	70	2,46	2,24	1,92	2,99	0,00	7,00	
Total	132	1,87	2,31	1,47	2,27	0,00	9,00	<b>0,000</b>
Psicológico								
Pais/cuidados	62	0,74	1,39	0,39	1,09	0,00	6,00	
Criança	70	1,24	1,49	0,89	1,60	0,00	6,00	
Total	132	1,01	1,46	0,76	1,26	0,00	6,00	<b>0,009</b>
<b>Pontuação total</b>								
Pais/cuidados	62	3,90	5,99	2,38	5,42	0,00	29,00	
Criança	70	6,53	5,65	5,18	7,87	0,00	23,00	
Total	132	5,30	5,94	4,27	6,32	0,00	29,00	<b>0,001</b>
<b>Tipo de creme dental de seu filho</b>								
<b>Domínio da criança</b>								
Sintomatologia								
Adulto	49	1,37	1,09	1,05	1,68	0,00	3,00	
Criança	83	0,78	1,05	0,55	1,01	0,00	3,00	
Total	132	1,00	1,10	0,81	1,19	0,00	3,00	<b>0,003</b>
Funcional								
Adulto	49	2,69	2,37	2,01	3,38	0,00	9,00	
Criança	83	1,39	2,14	0,92	1,85	0,00	7,00	
Total	132	1,87	2,31	1,47	2,27	0,00	9,00	<b>0,000</b>
Psicológico								
Adulto	49	1,37	1,56	0,92	1,82	0,00	6,00	
Criança	83	0,80	1,36	0,50	1,09	0,00	6,00	
Total	132	1,01	1,46	0,76	1,26	0,00	6,00	<b>0,016</b>
<b>Pontuação total</b>								
Adulto	49	7,12	5,95	5,41	8,83	0,00	23,00	
Criança	83	4,22	5,69	2,97	5,46	0,00	29,00	

Total	132	5,30	5,94	4,27	6,32	0,00	29,00	<b>0,002</b>
<b>Número de escovações/dia</b>								
<b>Domínio da criança</b>								
Funcional								
< 3 vezes	90	2,20	2,44	1,69	2,71	0,00	9,00	
≥ 3 vezes	42	1,17	1,85	0,59	1,74	0,00	6,00	
Total	132	1,87	2,31	1,47	2,27	0,00	9,00	<b>0,020</b>
<b>Idade que a criança começou a ter os dentes escovados</b>								
<b>Domínio da criança</b>								
Sintomatologia								
≤ 1 ano	86	0,78	1,02	0,56	1,00	0,00	3,00	
> 1 ano	46	1,41	1,13	1,08	1,75	0,00	3,00	
Total	132	1,00	1,10	0,81	1,19	0,00	3,00	<b>0,002</b>
Funcional								
≤ 1 ano	86	1,56	2,36	1,05	2,07	0,00	9,00	
> 1 ano	46	2,46	2,11	1,83	3,08	0,00	7,00	
Total	132	1,87	2,31	1,47	2,27	0,00	9,00	<b>0,005</b>
Psicológico								
≤ 1 ano	86	0,85	1,42	0,54	1,15	0,00	6,00	
> 1 ano	46	1,30	1,50	0,86	1,75	0,00	6,00	
Total	132	1,01	1,46	0,76	1,26	0,00	6,00	<b>0,049</b>
<b>Domínio da família</b>								
Angústia dos pais								
≤ 1 ano	86	0,65	1,45	0,34	0,96	0,00	6,00	
> 1 ano	46	1,22	1,78	0,69	1,74	0,00	8,00	
Total	132	0,85	1,59	0,57	1,12	0,00	8,00	<b>0,007</b>
<b>Pontuação total</b>								
≤ 1 ano	86	4,36	6,01	3,07	5,65	0,00	23,00	
> 1 ano	46	7,04	5,44	5,43	8,66	0,00	29,00	
Total	132	5,30	5,94	4,27	6,32	0,00	29,00	<b>0,001</b>

## DISCUSSÃO

A família é a base para o desenvolvimento social, psicológico e emocional da criança. É ainda o meio no qual acontecem e administram-se os cuidados básicos com o corpo, exercendo um papel fundamental na promoção e manutenção da saúde de suas crianças [20,21]. Geralmente é a mãe que se responsabiliza pelas questões que envolvem a saúde, exercendo a função de formadora de saberes e hábitos [20]. A população estudada parece reproduzir este padrão, visto a maior participação do sexo feminino na pesquisa.

A educação assume um papel de destaque na obtenção de bons níveis de saúde bucal, favorecendo o desenvolvimento de uma consciência crítica [22]. A associação da qualidade de vida com a escolaridade da mãe é provavelmente resultado do conhecimento a respeito de escolhas saudáveis para manter satisfatória a saúde bucal de seus filhos [23]. Neste estudo, idade dos pais teve relação com o tipo de creme dental utilizado pelos filhos. Pais mais velhos usam mais creme dental infantil em seus filhos. Em estudo realizado no Irã houve relação entre qualidade de vida da criança e idade da mãe [24]. Crianças pequenas devem utilizar creme dental infantil, que contém menor quantidade de fluoreto, comparado ao creme dental de uso em adulto, e menor quantidade de substâncias abrasivas em sua fórmula. Oferecendo menor risco de deglutição do fluoreto e desgaste ao esmalte dentário, causando sensibilidade [25].

Verificou-se que a condição socioeconômica interfere nos cuidados com a saúde bucal da população estudada. Alguns estudos também relataram que fatores socioeconômicos têm influência sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida [26], ou seja, crianças de baixa renda familiar tiveram maiores impactos na qualidade de vida do que crianças oriundas de famílias de alta renda. Indicando que renda familiar alta pode ser considerada fator protetor para QVRSB de crianças pré-escolares [27]. Mas outros estudos não observaram associação entre renda e QVRSB [12,14,28], podendo ser devido à homogeneidade da população estudada em relação ao nível socioeconômico [14]. O baixo poder aquisitivo é potencializador de obstáculos à saúde e desta forma, pessoas vivendo em situação de risco não podem satisfazer suas necessidades básicas de saúde, a exemplo da higiene bucal, ocasionando maior predisposição à instalação de doenças [29].

O uso da mamadeira noturna foi relatado por pequena parcela da população estudada, concordando com outros estudos [19]. Porém, a maior parte das mães que informaram que seus filhos usam mamadeira noturna relatou não realizar a higiene bucal após seu uso, achado contrário ao encontrado em outras pesquisas [19]. Em análise com crianças colombianas, 50,6% dos pais relataram que seus filhos têm os dentes escovados antes de dormir e afirmam que são eles que colocam o creme dental na escova [30]. A Academia Americana de Odontopediatria preconiza a limpeza da cavidade bucal após uso da mamadeira antes de dormir, no intuito de

evitar o surgimento de doenças bucais, como a cárie de estabelecimento precoce [31].

Em relação à escovação, foi alta a porcentagem de crianças que escovam seus próprios dentes, resultados também obtidos em outros estudos [16,32]. Para crianças em idade pré-escolar, a recomendação dada por profissionais de saúde bucal é que a escovação seja realizada por um adulto responsável e que se tenha cuidado para evitar a deglutição do creme dental, bem como, assegurar uma higiene bucal adequada [33,34].

Quanto à quantidade de creme dental colocado na escova, a maioria relatou colocar metade ou menos da metade da extensão da escova. Este achado está de acordo com outros estudos [15]. A quantidade de creme dental indicada para utilizar na escovação dos dentes de crianças até sete anos de idade é de 0,26g, ou o equivalente ao tamanho de uma ervilha. O uso de pequena quantidade de creme dental é uma orientação importante para se oferecer benefícios com segurança, evitando a deglutição do creme dental que pode causar alterações dentais significativas [35].

A maioria dos pais relatou que a frequência de escovação dental de suas crianças é de menos de três vezes ao dia, corroborando com os achados em que a frequência de escovação foi de duas vezes ao dia [36-38], mas difere de outros estudos [17,19,22], onde o número de escovações diárias foi de três vezes ao dia. O acompanhamento da higiene bucal de crianças pequenas por um adulto é muito importante, pois o adulto quando bem orientado, poderá explicar e ajudar a criança quanto à técnica correta da escovação dentária. [16,31,39]. Além disso, considera-se importante o auxílio dos pais no momento da escovação em crianças menores de sete anos, devido suas habilidades motoras [40].

Na presente pesquisa, a maioria dos participantes relatou iniciar a escovação dentária das crianças até um ano de idade, corroborando com outros estudos [19,41,42]. A higienização da boca deve ser realizada eventualmente, antes da erupção dos dentes decíduos [43]. A prática de higienização regular com uso de escova de dente deve ser utilizada a partir do surgimento dos dentes, devendo ser realizada por um adulto responsável. As mães devem ter consciência de que quanto mais cedo começarem a realizar a limpeza da boca da criança, menor chance ela terá de apresentar alterações na cavidade bucal [43]. Uma eficaz higiene bucal

deve incluir além da escovação, o uso do fio dental [44]. Embora a importância do uso do fio dental para a higienização das faces proximais dos dentes, seja bem conhecida e sua divulgação tenha crescido nos últimos anos, sua prática não é tão frequente entre crianças pré-escolares, a exemplo dos resultados encontrados no presente estudo e em outros [16,19,44].

A pontuação média do ECOHIS foi de 5,3, diferente de outros estudos [10,27,32] que obtiveram pontuações maiores, representando melhor estado de saúde bucal. As diferenças nas médias podem ser explicadas pelo fato de que as amostras nos outros estudos foram de pais que procuraram atendimento em clínica odontológica e, conseqüentemente, as crianças tiveram diferentes experiências de saúde bucal do que as do presente estudo, que foi realizado com uma população de alunos de pré-escola.

As respostas mais frequentes na seção de impacto na criança foram dor de dente e dificuldade para comer, beber e dormir, achados que estavam de acordo com outros estudos [27,32,45,46]. Alterações bucais são frequentes em crianças, interferindo de modo significativo na qualidade de vida, podendo ser percebido por alterações na execução de tarefas diárias, no crescimento da criança, peso, na socialização, autoconfiança e até mesmo no aprendizado escolar [6,47]. As respostas mais frequentes na seção de impacto na família foram sentir culpadas e faltar ao trabalho para cuidar do filho doente, estando de acordo com achados em estudos anteriores [27,45,46,48]. É provável que o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e, por conseqüente, ausência na educação da criança pode ter contribuído para este achado. De fato, as mães se sentem responsáveis pelos cuidados adequados da saúde bucal de seus filhos e muitas vezes se sentem culpadas quando os filhos apresentam problemas de saúde bucal [49,50].

Saúde bucal é capaz de causar impacto significativo na qualidade de vida de crianças em idade pré-escolar [16]. Na literatura não foram encontrados estudos que associassem práticas dos pais com qualidade de vida. No presente trabalho crianças que usam mamadeira noturna e não têm os dentes escovados antes de dormir, apresentam pior qualidade de vida que aquelas que realizam escovação antes de dormir. A prática da higiene oral antes de dormir é um procedimento altamente recomendável, já que é um período de longa permanência de repouso com a boca

fechada, facilitando o desenvolvimento dos microrganismos presentes na cavidade bucal. No caso de permanecerem restos alimentares, os microrganismos terão ainda melhores condições de se desenvolver e ocasionar a instalação de alterações bucais, como doenças dos dentes e gengivas, por exemplo [51].

Crianças que escovam seus próprios dentes têm pior qualidade de vida, quando comparado às que têm seus dentes escovados por um adulto responsável. Para crianças em idade pré-escolar, a orientação dada por profissionais de saúde bucal é que elas tenham seus dentes escovados por um adulto ou sob sua supervisão, evitando deglutição do creme dental e executando uma escovação que promova uma eficaz limpeza da cavidade bucal, limpando até as áreas de difícil acesso [33,34]. Portanto, a inadequada realização da higienização bucal pode ser considerada um preditor de doenças bucais, em especial na população infantil [51].

Pais que controlam a escovação de seus filhos propiciam às crianças hábitos de saúde bucal favoráveis, demonstrando que suas atitudes têm um impacto positivo sobre o estado de saúde bucal dos filhos. Na primeira infância, a criança possui uma relação de dependência com o adulto, inserindo-se no contexto sociocultural da família, a qual tem forte influência na definição das medidas de higiene bucal a serem adotadas [52].

Crianças que usam creme dental de adulto têm pior qualidade de vida que crianças que utilizam creme dental infantil. Esse achado pode ser devido à composição do creme dental de uso em adultos, que contém substâncias abrasivas em sua formulação, como bicarbonato de cálcio, carbonato de cálcio e sílica, que ajudam na remoção do biofilme dental, diminuindo a espessura da película formada sobre a superfície dos dentes. A quantidade de substâncias abrasivas no creme dental de uso adulto pode gerar danos à estrutura dos dentes decíduos, tais como desgastes, rugosidades e sensibilidade excessiva [53].

Crianças que têm seus dentes escovados menos de três vezes ao dia apresentam pior qualidade de vida que aquelas que escovam seus dentes três ou mais vezes. Estudos mostram que quanto maior a frequência de escovação, menor será a ocorrência de doenças bucais como cárie e doenças periodontais [54]. A escovação bem realizada é sem dúvida, um fator positivo no controle de doenças bucais. As escovações múltiplas têm melhor chance de neutralizar efeitos deletérios da dieta e, portanto, efeito protetor na manutenção da saúde bucal [52].

Deve-se iniciar o mais precocemente a limpeza da boca da criança, e após a erupção dos dentes decíduos, pode-se fazer uso de escova de dente [51]. Justificando o achado deste estudo, no qual crianças que começaram a ter seus dentes escovados após um ano de idade apresentaram pior qualidade de vida, quando comparadas àquelas que iniciaram a escovação antes de um ano de idade.

Observa-se que a educação em saúde assume um papel de destaque na obtenção de bons níveis de saúde bucal, favorecendo o despertar da consciência em relação aos dentes e suas estruturas e necessidade de empenho nos cuidados com a higiene bucal. O trabalho educativo com pré-escolares e seus pais deve ser priorizado, pois nessa fase escolar há participação ativa dos pais, as crianças estão se descobrindo e estão aptas a apreender e adquirir hábitos de higiene oral que vão refletir posteriormente na qualidade de sua saúde bucal. Este trabalho irá contribuir para a formação de uma população mais consciente e informada a respeito da importância de práticas adequadas para promoção da saúde bucal e geral.

Como limitação do estudo, vale ressaltar a escassez na literatura atual de metodologia semelhante, fato que restringe a discussão, bem como o desenho transversal. Estudos longitudinais são necessários para acompanhar a população e ver os efeitos de medidas de educação em saúde, garantindo o estabelecimento de políticas públicas destinadas a reduzir o impacto das condições adversas de saúde bucal na QVRSB de crianças pré-escolares e suas famílias.

## **CONCLUSÃO**

As práticas de saúde bucal dos pais em seus filhos em idade pré-escolar que impactam negativamente a QVRSB das crianças e suas famílias são: uso de mamadeira noturna sem higienização bucal posterior, menor frequência de escovação diária, uso de creme dental adulto, maior idade de início de escovação, bem como, auxiliar a criança na realização da higienização bucal. Faz-se importante estabelecer programas educativos como medidas de políticas públicas na pré-escola, que assistam a criança e suas famílias, como forma de garantir, no futuro, famílias conscientes de suas escolhas e construtoras de uma sociedade saudável e com qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A: **Mensuração do impacto de problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos**. Cad Saude Publica 2007, **23**:2555-2564.
2. World Health Organization. **WHOQOL: Measuring quality of life. The World Health Organization quality of instruments**. Geneva. World Health Organization 1997.
3. Seidl EM, Zannon CMLC: **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Cad Saude Publica 2004, **20**:580-588.
4. Assumpção-Junior FB, Kucznsky E, Sprovieri MH, Aranha EMG: **Escala de avaliação de qualidade de vida**. Arq Neuropsiquiatr 2000, **58**:119-127.
5. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD: **Parental perceptions of children oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)**. Health Qual Life Outcomes 2007, **5**:6.
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**:367-374.
7. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Ruppim-Rontani RM: **Influence of Family environment on children's oral health: a systematic review**. J Pediatr 2013, 116-123.
8. Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Percsici S, Rossoni E: **Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS**. Rev Odonto Ciênc 2008, **23**:375-379.
9. Petry PC, Pretto SM: **Educação e motivação em saúde bucal**. In: Kriger L. Promoção de Saúde Bucal – ABOPREV. São Paulo: Artes Médicas; 1997. P.365-370.
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.

11. 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**:336-344.
12. Kramer PF, Feldens CA, Helena Ferreira S, Bervian J, rodrigues PH, Peres MA: **Exploring the impact of oral diseases on quality of life of preschool children.** Community Dent Oral Epidemiol 2013, **41**:327-335.
13. Gomes MC, Pinto-Sarmento TCA, Costa EMMB, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM: **Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study.** Health Qual Life Outcomes 2014, **12**:55.
14. 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-base study.** Int J Paediatr Dent 2014, **25**:18-28.
15. Campos L, Bottan ER, Birolo JB, Silveira EG, Schmitt BHE: **Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC).** Rev Sul-Bras Odontol 2010, **7**:287-295.
16. Andrade LHR, Buczynski AK, Luiz RR, Castro GF, Souza IPR: **Impacto de la salud oral em la calidad de vida de los niños pre-escolares: percepción de los responsables.** Acta Odontol Venez 2011, **49**:1-9.
17. Paredes SO, Galvão RN, Fonseca FRA: **Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares.** Rev Baiana Saude Publica 2014, **36**: 125-139.
18. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A: **Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale.** Cad Saude Publica 2008, **24**:1897-1909.
19. Ferreira JMS, Bezerra IF, Cruz RES, Vieira ITA, Menezes VA, Granville-Garcia, AF: **Práticas dos pais sobre a higiene bucal e dieta de pré-escolares da rede pública.** Rev Gaúcha Odontol 2011, **59**:265-270.
20. Martin VB, Angelo M: **A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda.** Rev Latino-Am Enfermagem 1999, **7**:89-95.

21. Corbacho MM, Souza FA, Rocha MCBS, Cangusso MCT, Alves AAN: **Percepção da saúde bucal – Uma análise de famílias participantes do programa de saúde, Salvador-BA.** Rev Fac Odontol UFBA 1997, **22**:5-11.
22. Pivoto A, Gislon LC, Farias MMAG, Schmitt BHE, Araújo SM, Silveira EG: **Hábitos de higiene bucal e índice oral de escolares do ensino público.** Rev Bras Promoc Saude 2013, **26**:455-461.
23. Feldens CA, Giugliani ER, Vigo A, Vítolo MR: **Early feeding practices and severe Early Childhood caries in four-year-old children from Southern Brazil: a birth cohort study.** Caries Res 2010, **44**:445-452.
24. Sajadi FS, Pishbin L, Azhari SH, Moosazadeh M: **Impact of oral and dental health on children's and parentes' quality of life bsead on Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS).** Int J Paediatr Dent 2015, **3**:28-31.
25. Ammari A, Bloch-Zupan A, Ashley PF: **Systematic review of studies comparing the anti-caries activity of children's toothpaste containing 600ppm of fluoride or less with high fluoride toothpaste of 1000 ppm or above.** Caries Res 2003, **37**:85-92.
26. Locker D: **Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children.** Community Dent Oral Epidemiol 2007, **35**:348-356.
27. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP: **Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children.** Community Dent Oral Epidemiol 2011, **39**:105-114.
28. Goettems ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD: **Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life preschool children.** Qual Life Res 2011, **20**:951-959.
29. Nowak AJI, Warren JJ: **Infant oral health and oral habits.** Pediatr Clin North Am 2000, **47**:70-74.
30. González-Martínez F, Sierra-Barros CC, Morales-Salinas LE: **Conocimientos, actitudes y prácticas em salud bucal de padres y cuidadores de hogares infantiles, Colombia.** Salud Publica Mex 2011, **53**:247-257.

31. Figueira TR, Leite ICG: **Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos.** Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr 2008, **8**:87-92.
32. Kalyvas DI, Taylor CM, Michas V, Lygidakis NA: **Dental health of 5years-old children and parent's perceptions for oral health in the prefectures of Atenas e Piraeus in the Attica Country of Greece.** Int J Paediatr Dent 2006, **16**:352-357.
33. Okada M, Kawamura M, Kaiahara Y, Matsuzaki V, Kuwahara S, Ishidori H et al: **Influence of parent's oral health behaviour on oral health status of their school children: na exploratory study employing a casual modeling technique.** Int J Paediatr Dent 2002, **12**:101-108.
34. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H: **Parental influence on children's oral health-related behavior.** Acta Odontol Scand 2006, **64**:286-292.
35. Vilhena PF: **Investigation of the transverse technique of dentifrice application to reduce the amount of fluoride dentifrice for Young children.** Paediatr Dent 2000, **22**:312-317.
36. Matos-Vela MA, Carrasco-Loyola MB, Valdiva-Pacheco SG: **Práticas sobre uso de pasta fluorada em pré-escolares, padres y profesores.** Odontoestomatologia 2012, **14**:38-48.
37. Albuquerque SSL, Correia Lima MGG, Sampaio FC: **Avaliação da utilização de dentifrícios fluoretados em pré-escolares na cidade de João Pessoa – Paraíba – Brasil.** Odont Clin Cientif Recife 2003, **2**:211-216.
38. Liu M, Zhu L, Zhang B, Peterson PE: **Changing use and knowledge of fluorid toothpaste by schoolchildren, parentes and schoolteachers in Beijing, China.** Int Dent J 2007, **57**:187-194.
39. Antunes LS, Soraggi MBS, Antunes LAA, Corvino MPF: **Conhecimentos, práticas e atitudes de responsáveis frente à saúde bucal do pré-escolar.** Odontol Clín Cient 2008, **7**:241-246.
40. Cangusso MCT, Narvai PC, Fernandes RC, Djchizian V: **A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica.** Cad Saúde Publica 2002, **18**:7-15.

41. Bengtson NG, Bengtson AL, Bengtson CRG, Pinheiro SL, Cichello LRD: **Educação e higiene bucal de bebês: dispositivos e escovas dentais do mercado brasileiro.** J Bras Odontopediat Odontol Bebê 2002, **5**:54-62.
42. Corrêa MSNP, Diseenha RMS, Weffort SYK: **Saúde bucal do bebê ao adolescente: guia de orientação.** São Paulo: Santos; 2005.
43. Oliveira WF, Forte FDS: **Construindo o significado da saúde bucal a partir de experiência com mães.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2011, **11**:183-191.
44. Menezes VA, Lorena RPF, Rocha LCB, Leite AF, Ferreira JMS, Granville-Garcia AF: **Oral hygiene practices, dental service use and oral health self-perception of schoolchildren from a rural zone in the Brazilian Northeast region.** Rev Odonto Ciênc 2010, **25**:25-31.
45. 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**:223-229.
46. Wong HM, McGrath CPJ, King NM, Lo ECM: **Oral health-related quality of life in Hong kong preschool children.** Caries Res 2011, **45**:370-376.
47. Resine EST: **Dental health and public policy: the social impact of dental disease.** Am J Public Health 1985, **75**:27-31.
48. Viegas CM, Scarpelli AC, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA, Paiva SM: **Impact of traumatic dental injury on quality of life among Brazilian preschool children and their families.** Pediatr Dent 2012, **34**:300-306.
49. Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Burgos-Gil LM: **Social representations of pregnant mothers in an urban Community: Medellín, Colombia.** Salud Publica Mex 2010, **52**:46-51.
50. Arora A, Bedros D, Bhole S, Do LG, Scott J, Blinkhorn A, Schwarz E: **Child and Family health nurses' experiences of oral health of preschool children: a qualitative approach.** J Public Health Dent 2012, **72**:149-155.
51. Walter LRF, Ferelle A, Issao M: **Odontologia para Bebê.** São Paulo: Artes Médica; 1996. P.246.
52. Eleutério ASI, Cota ALS, Kabayashi TY, Silva SMB: **Avaliação clínica da saúde bucal de crianças dos municípios de Alfenas e Areado, Minas Gerais, Brasil.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2012, **12**:195-201.

53. Silva AS, Silva GA, Correa VM, Piva RM, Werneck RI: **Controle mecânico do biofilme dental**. Rev Gest Saude 2011, **2**:1-6.
54. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fisher LA, Cardoso L, Feldens CA: **Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cad Saude Publica 2008, **24**:150-156.

## 6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado do artigo de revisão integrativa da literatura mostrou que os distúrbios bucais cárie, traumatismo dentário e má oclusão apresentam impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança e da família. Outros fatores também apresentaram associação com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e seus pais; como renda familiar, escolaridade dos pais, idade dos pais e dor de dente.

No estudo transversal, a maioria da amostra estudada foi composta por mães (91,7%), com média de idade de 29,9 anos, ensino fundamental e médio (92,4%) e renda média mensal de R\$ 1.220,00. A maior parte dos pais relatou que seus filhos têm os dentes escovados menos de três vezes ao dia (68,2%), usam escova de dente e creme dental infantil (92,3% e 62,9% respectivamente), não usam mamadeira ao dormir (61,4%) e que começou a escovar os dentes dos filhos antes de 1 ano de idade (65,2%). A pontuação total média do ECOHIS foi de 5,3, que representa um fraco impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças e das famílias. Crianças que usam mamadeira à noite e não escovam os dentes antes de dormir; crianças que escovam seus próprios dentes; usam creme dental de adulto, têm seus dentes escovados menos de três vezes ao dia e começaram a escovar os dentes após 1 ano de idade têm pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

As constatações deste estudo podem servir como fonte de informação para os responsáveis pelo planejamento e organização de programas de atenção à saúde bucal, de maneira que recursos possam ser destinados para a implantação de políticas de prevenção e promoção de saúde bucal que alcancem as crianças em idade pré-escolar e suas famílias. Essas ações adquirem significância, uma vez que a cobertura dos programas de saúde pública voltados para a saúde bucal na pré-escola com envolvimento dos pais e das crianças favorece disseminação de conhecimentos e motivação para a adoção de hábitos e atitudes proativas em relação à saúde bucal.

Portanto, ações de promoção de saúde voltadas à primeira infância devem priorizar a educação dos pais, auxiliando na construção de hábitos saudáveis que irão diminuir a ocorrência de doenças e melhorar a saúde de toda a família. Na pré-

escola há maior interação família/escola, sendo oportuno aproveitar essa interação para implementação de programas de educação em saúde bucal que estimule a aproximação dos saberes e fazeres. Pois crianças em idade pré-escolar têm seu desenvolvimento influenciado pelos hábitos familiares.

Programas educativos na pré-escola contribuem para um crescimento alicerçado por práticas adequadas de saúde bucal, evitando o surgimento de doenças bucais que impactam na qualidade de vida do escolar e de sua família.

Pode-se buscar apoio na política pública existente como o programa de saúde na escola, e desenvolver projetos que contribuam para a disseminação de conhecimentos de saúde bucal. Por meio de oficinas de saúde, reuniões de pais e feiras de ciências nas escolas, é possível trabalhar temas de educação em saúde, contribuindo para um crescimento saudável e consciente aos escolares e suas famílias.

## REFERÊNCIAS

ABANTO, J. *et al.* Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.39, p.105-114, 2011.

ABANTO, J. *et al.* Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: a population-based study. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.59, p.118, 2014.

ALBUQUERQUE, N.E.; LIMA, M.G.G.C.; SAMPAIO, F.C. Avaliação da utilização de dentifrícios fluoretados em pré-escolares na cidade de João Pessoa – Paraíba – Brasil. **Odontologia Clínica Científica**, v.2, n.3, p.211-216, 2003.

ALDRIGUI, J.M. *et al.* Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life Young children. **Health and quality of life outcomes**, v.9, p.78, 2011.

ALVES, M.V.; VOLSCHAN, B.C.G.; HAAS, N.A.T. Educação em Saúde Bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.4, n.1, p.45-51, 2004.

AMMARI, A.; BLOCH-ZUPAN, A.; ASHLEY, P.F. *Systematic review of studies comparing the anti-caries activity of children's toothpaste containing 600 ppm of fluoride or less with high fluoride toothpastes of 1000 ppm or above.* **Caries Research**, v.37, n.2, p.85-92, 2003.

ANDRADE, R.L.H. *et al.* Impacto de la salud oral em la calidad de vida de los niños pre-escolares: percepción de los responsables. **Acta Odontologica Venezolana**, v.49, n.4, p.1-9, 2011.

ANTUNES, L.S. *et al.* Avaliação da Percepção das crianças e conhecimento dos educadores frente à Saúde Bucal, Dieta e Higiene. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.6, n.1, p.79-85, 2006.

ASSUMPÇÃO, J.R. *et al.* Escala de Avaliação de qualidade de vida: AUQEI (Autoquestionare Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.58, n.1, p.119-127, 2000.

AXELSON, P.; LINDHE, J. *Effect of fluoride on gingivitis and dental caries in a preventive program based and plaque control.* **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.3, n.4, p.156-160, 1975.

BARBOSA, T.S.; GALVÃO, M.B. *Oral health-related quality of life in children: part 1. How well do children know themselves? A systematic review.* **International Journal of Dental Hygiene**, v.6, p.9399, 2008.

BADZIAK, R.P.F.; MOURA, V.E.M. determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.3, n.1, p.69-79, 2010.

BARROS, O.B.; PERNAMBUCO, R.; TOMITA, N. Escovas dentais. **Revista da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos**, v.4, n.1, p.32-37, 2001.

BERNABÉ, E. *et al.* Impacts on daily performances attributed to malocclusions using the condition-specific feature of the Oral Impacts on Daily Performances Index. **Angle Orthodontic**, v.78, p.241-247, 2008.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde** – Resolução 466/2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para uso de fluoretos no Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 16p.

BRASIL. Lei de Diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Educação, 1996. Disponível em; [www.planalto.gov.br/ccivil\\_3/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/Leis/L9394.htm). Acesso em; 24 out. 2015.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/legislacao.php> . Acesso em: 10 jun.2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. **VII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=3701](http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3701). Acesso em: 07 jun. 2014.

CAMARGO, M.C.F.; AZEVEDO, O.A.Jr.; GUIMARÃES, M.L. Dispositivo Indutor de Vedamento Labial. **Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v.6, n.33, p.256-261, 2001.

CAMPOS, L. *et al.* Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC). **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v.7, n.3, p.287-295, 2010.

CARVALHO, A.C. *et al.* Impacto f malocclusion on oral health-related quality of life among brazilian preschool children: a population-based study. **Brazilian Dental Journal**, v.24, n.6, p.655-661, 2013.

CASTILHO, A.R.F. *et al.* Influence of Family enviroment on children's oral health: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, v.89, n.2, p.116-123, 2013.

CORRÊA, M.S.N.P.; DISEENHA, R.M.S, WEFFORT, S.Y.K. **Saúde bucal do bebê ao adolescente: guia de orientação**. São Paulo: Santos, 2005.

DIVARIS, K. *et al.* Caregives' oral health literacy and their Young children's oral health-related quality of life. **Acta Odontologica Scandinavica**, v.70, n.5, p.390-397, 2012.

DUCKWORTH, R.M.; MOORE, S.S. *Salivary fluoride concentrations after overnight use of toothpastes*. **Caries Research**, v.35, p.285, 2001.

FAUSTINO-SILVA, D.D. *et al.* Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Revista Odonto Ciência**, v.23, n.4, p.375-379, 2008.

FERREIRA, J.M.P. *et al.* Práticas dos pais sobre a higiene bucal e dieta de pré-escolares da rede pública. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.59, n.2, p.265-270, 2011.

FLECK, M.P.A. *et al.* Desenvolvimento da versão português do Instrumento de avaliação de qualidade de vida OMS (WHOQOL). **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-183, 2000.

FIGUEIRA, T.R; LEITE, I.C.G. Conhecimentos e práticas de pais quanto à Saúde Bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.8, n.1, p.87-92, 2008.

GRERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. *Developing and evaluating in oral health-related quality of life index for children; the CHILD=OIDP*. **Community Dentistry Health**, v.21, p.161-169, 2004.

GOMES, M. C. *et al.* *Impact of oral health conditions on the quality of life preschool children and their families: a croos-sectional study*. **Health and quality of life outcomes**, v.12, p.55, 2014.

GUARIENTI, C.A. *et al.* Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada**, v.9, n.3, p.321-325, 2009.

KRAMER, P.F. *et al.* *Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children*. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.41, p.327-235, 2013.

KUHN, E.; WAMBIER, D.S. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.7, n.1, p.75-81, 2007.

LEE, G.H.M. *et al.* A comparison of a generic and oral health-specific measure in assessing the impact of Early Childhood caries on quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.38, p.333-339, 2010.

LÓPEZ-RAMOS, R.P.; GARCIA-RUPAYAC, C.R. *Calidad de vida y problemas bucales em pré-escolares de la provincia de Huaura, Lima.* **Revista Estomatologia Herediana**, v.23, n.3, p.139-147, 2013.

MAGALHÃES, A.C. *et al.* Uso racional dos dentifrícios. **Revista Gaúcha Odontológica**, v.59, n.4, p.615-625, 2011.

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

MARTINS-JÚNIOR, P.A. *et al.* Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. **Caries Research**, v.47, p.211-218, 2013.

MASSONI, A.C.L.T. *et al.* Saúde Bucal Infantil: Conhecimentos e Interesse de Pais e Responsáveis. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.10, n.2, p.257-264, 2010.

MIALHE, F.L. *et al.* Educação em Saúde. In. PEREIRA, A.C. **Tratado de Saúde Coletiva em odontologia**. Nova Odessa – São Paulo: Napoleão, 2009. p.442.

MINAYO, M.C.S. *et al.* Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MOYSES, S.J.; MOYSES, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, p.627-641, 2004.

NANAYAKKARA, V. *et al.* Ethnic and socio-economic disparities in oral health outcomes and quality of life among Sri Lanka preschoolers: a cross-sectional study. **International Journal for Equity in Health**, v.12, p89, 2013.

PAHEL, B.T.; ROZIER, R.G.; SLADE, G.D. Parental, perceptions of childrens oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Health and Quality of Life Outcomes**, v.30, n.5, p.6, 2007.

PAIVA, S.M.D.; CURY, J. Fluoride intake by Brazilian children from two communities with fluoridated water. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.31, n.3, p.181-191, 2003.

PAREDES, S.O.; GALVÃO, R.N.; FONSECA, F.R.A. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares. **Revista Baiana de Saúde Pública**, V.38, n.1, p.125-139, 2014.

PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.121-130, 2004.

PEDRAZZI, V.; MATTOS, M.G.C.; PANZERI, H. Avaliação clínica da eficácia e um fio dental com nova estrutura na remoção do biofilme interdentário. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**, v.12, p.154-159, 2004.

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 Oral Dentistry Epidemiology**, v.31, n.(suppl) 1, p.3-23, 2003.

PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal – ABOPREV**. São Paulo: Artes Médicas, 1997, p.365-370.

POSSOBON, R.F.; MIALHE, F.L. Saúde bucal da gestante e da criança: atuação preventiva precoce. In: **Tratado de Saúde Coletiva em odontologia**. Nova Odessa – São Paulo: Napoleão, 2009. p.624-641.

PINTO, V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In. KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p.29-41.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000.

PIVOTTO, A. *et al.* Hábitos de higiene bucal e índice de higiene oral de escolares do ensino público. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde, Fortaleza**, v.26, n.4, p.455-461, 2013.

ROCHA, R.A.C.P.; GOES, P.S.A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.12, p.2871-2880, 2008.

SCARPELLI, A.C. *et al.* *Oral health-related quality of life among brazilian preschool children*. **Community Dentistry and Oral epidemiology**, v.41, p.336-344, 2013.

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

SEOW, W.K.; CHENG, E.; WAN, V. *Effects of oral health education and toothbrushing on mutans streptococci infection in Young children*. **Pediatric Dentistry**, v.25, n.3, p.223-228, 2003.

SILVA, A.S. *et al.* Controle mecânico do biofilme dental. **Revista Gestão & Saúde**, v.2, n.2, p.1-6, 2011.

SILVEIRA, J.G.L.; CAMPOS, M.L.; BERNDT, R.L.E. Educação em saúde como estratégia para o controle social em saúde bucal. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.6, n.1, p.29-34, 2006.

SIQUEIRA, M.B. *et al.* *Impact of traumatic dental injury on the quality of life of Brazilian preschool children.* **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.10, p.6422-6441, 2013.

SOARES, J.M.P. *et al.* Gengivite e índice de higiene oral em crianças de Cabedelo-Paraíba-Brasil. **Revista Brasileira de Ciência e Saúde**, v.7, n.2, p.177-186, 2003.

SOUSA, V. *et al.* *Malocclusion and quality of life in Brazilian preeschoolers.* **European Journal of Oral Sciences**, v.12, n.2, p.223-229, 2014.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v.8, p.102-106, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília; UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STUANI, A.S. *et al.* Como realizar a higiene bucal em criança. **Pediatria**, v.29, n.3, p.200-207, 2007.

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

TESCH, F.C; OLIVEIRA, B.H; LEÃO, A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1897-1909, 2008.

TOMITA, N.E. *et al.* Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. **Revista de Saúde Pública**, v.30, n.5, p.413-420, 1996.

UNFER, B; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.190-195, 2000.

VIEGAS, C.M. *et al.* *Influence of traumatic dental injury on quality of life of Brazilian preschool children and their families.* **Dental Traumatology**, v.30, p.338-347, 2014.

XAVIER, A. *et al.* *Dental caries-related quality of life and socioeconomic status of preschool children, Bauru, SP.* **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v.11, n.4, p.463-468, 2012.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para Bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.246.

WARREN, J.J.; LEVY, S.M. *Current and future role of fluoride in nutrition*. **Dental Clinics of North America**, v.47, n.2, p.225-243, 2003.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York: World Health Organization; 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHOQOL: measuring quality of life. The World Health Organization quality of instruments*. Geneva: World Health Organization; 1997.

## ANEXO A

### Questionário sobre a qualidade de vida relacionada à Saúde bucal de crianças pré-escolares (B-ECOHIS)

Problemas com dentes, boca ou maxilares (ossos da boca) e seus tratamentos podem afetar o bem-estar e a vida diária das crianças e suas famílias. Para cada uma das seguintes questões, por favor, indique no quadro de opções de respostas a que melhor descreve as experiências da sua criança ou a sua própria. Considere toda a vida da sua criança, desde o nascimento até agora, quando responder cada pergunta.

**As opções de resposta são: 0. Nunca; 1. Quase nunca; 2. Às vezes (de vez em quando);**

**3. Com frequência; 4. Com muita frequência.**

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

- ( ) nunca
- ( ) quase nunca
- ( ) às vezes
- ( ) com frequência
- ( ) com muita frequência

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

- ( ) nunca
- ( ) quase nunca
- ( ) às vezes
- ( ) com frequência
- ( ) com muita frequência

3.Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- nunca
- quase nunca
- às vezes
- com frequência
- com muita frequência

4.Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- nunca
- quase nunca
- às vezes
- com frequência
- com muita frequência

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

- nunca
- quase nunca
- às vezes
- com frequência
- com muita frequência

6.Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- nunca
- quase nunca
- às vezes
- com frequência
- com muita frequência

7.Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- nunca
- quase nunca
- às vezes
- com frequência
- com muita frequência

8.Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- nunca
- quase nunca
- às vezes
- com frequência
- com muita frequência

9.Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- nunca
- quase nunca
- às vezes
- com frequência
- com muita frequência

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
- com frequência
- com muita frequência

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
- com frequência
- com muita frequência

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
- com frequência
- com muita frequência

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
- com frequência
- com muita frequência

## ANEXO B

### NORMAS DE PUBLICAÇÃO EM PERIÓDICOS REFERENTES AOS ARTIGOS 1 E 2 - CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA E HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES

#### Artigo 1

#### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

[Instruções para colaboradores](#)

[Orientações para organização de números temáticos](#)

[Recomendações para a submissão de artigos](#)

[Apresentação de manuscritos](#)

[Instruções para colaboradores](#)

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

**Orientações para organização de números temáticos** A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editoreschefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista. Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

Por Organização Interna dos próprios Editores chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para

qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

#### Recomendações para a submissão de artigos

Recomendase que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontrasse publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159174.

O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf).

Recomendase aos autores a sua leitura atenta.

#### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço. **Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassaros 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teóricometodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

**Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

#### Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês.

Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavraschave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pédepágina ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço

eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/ key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Palavras chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

#### Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

#### Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

#### Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por

meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editoreschefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf.

Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

#### Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

#### Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" 11 ... ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

#### Exemplos de como citar referências

##### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

- Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275286.
- Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, OliveiraFilho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483491.
2. Instituição como autor  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282284
3. Sem indicação de autoria  
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento  
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):7184.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário  
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.
- Livros e outras monografias
6. Indivíduo como autor  
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.  
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor  
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Instituição como autor  
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
9. Capítulo de livro  
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 4358.
10. Resumo em Anais de congressos  
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 1519; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos  
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581582.
12. Dissertação e tese  
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 19882001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.  
Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): MosbyYear Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis*

[serial on the Internet] 1995 JanMar

[cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.].

Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 MarAbr

[acessado 2004 Jul 12];67(2):

[cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197200.pdf>

pdf

17. Monografia em formato eletrônico *CDI, clinical dermatology illustrated* [CDROM].

Reeves JRT, Maibach H. CMEA

Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program].

Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)

Av. Brasil, 4036 sala

700 Manguinhos

21040361

Rio de Janeiro RJ Brazil

Tel.: +55 21 38829153

/ 38829151

[cienciasaudecoletiva@fiocruz.br](mailto:cienciasaudecoletiva@fiocruz.br)

## Artigo 2

### Instructions for authors

#### Letters to the Editor

See 'About this journal' for descriptions of different article types and information about policies and the refereeing process.

#### Criteria

A Letter to the Editor generally takes one of the following forms:

A substantial reanalysis of a previously published article in *Health and Quality of Life Outcomes* or in another journal.

An article that may not cover 'standard research' but that is of general interest to the broad readership of *Health and Quality of Life Outcomes*.

A brief report of research findings adequate for the journal's scope and of particular interest to the community. Letters to the Editor may be edited for clarity or length and may be subject to peer review at the editors' discretion. Short reports of research work will be peer reviewed. To contribute, contact the [editors](#).

#### Submission process

Manuscripts must be submitted by one of the authors of the manuscript, and should not be submitted by anyone on their behalf. The corresponding author takes responsibility for the article during submission and peer review.

Please note that *Health and Quality of Life Outcomes* levies an articleprocessing charge on all accepted Letters to the Editor; if the corresponding author's institution is

a [BioMed Central member](#) the cost of the articleprocessing charge may be covered by the membership (see [About](#) page for detail). Please note that the membership is only automatically recognised on submission if the corresponding author is based at the member institution.

To facilitate rapid publication and to minimize administrative costs, *Health and Quality of Life Outcomes* prefers [online submission](#). Files can be submitted as a batch, or one by one. The submission process can be interrupted at any time; when users return to the site, they can carry on where they left off.

See below for examples of [word processor](#) and [graphics file formats](#) that can be accepted for the main manuscript document by the online submission system.

Additional files of any type, such as [movies](#), animations, or [original data files](#), can also be submitted as part of the manuscript.

During submission you will be asked to provide a cover letter. Use this to explain why your manuscript should be published in the journal, to elaborate on any issues relating to our editorial policies in the '[About Health and Quality of Life Outcomes](#)' page, and to declare any potential competing interests.

Assistance with the process of manuscript preparation and submission is available from [BioMed Central customer support team](#).

We also provide a collection of links to useful tools and resources for scientific authors on our [Useful Tools](#) page.

#### File formats

The following word processor file formats are acceptable for the main manuscript document:

Microsoft word (DOC, DOCX)

Rich text format (RTF)

Portable document format (PDF) TeX/LaTeX (use )

DeVice Independent format (DVI) TeX/LaTeX users: Please use [BioMed Central's TeX template](#) and BibTeX stylefile if you use TeX format. During the TeX submission process, please submit your TeX file as the main manuscript file and your bib/bbl file as a dependent file. Please also convert your TeX file into a PDF and submit this PDF as an additional file with the name 'Reference PDF'. This PDF will be used by internal staff as a reference point to check the layout of the article as the author intended. Please also note that all figures must be coded at the end of the TeX file and not inline. If you have used another template for your manuscript, or if you do not wish to use BibTeX, then please submit your manuscript as a DVI file. We do not recommend converting to RTF.

For all TeX submissions, all relevant editable source must be submitted during the submission process. Failing to submit these source files will cause unnecessary delays in the publication procedures.

#### Preparing main manuscript text

General guidelines of the journal's style and language are given [below](#).

#### Length of article

Letters to the Editor should be between 300800 words.

#### Overview of manuscript sections for Letters to the Editor

Manuscripts for Letters to the Editor submitted to *Health and Quality of Life Outcomes* should be divided into the following sections (in this order):

[BioMed Central's TeX template](#)

[Try out the new beta version of our site](#)

[Take me there](#)

The Accession Numbers of any nucleic acid sequences, protein sequences or atomic coordinates cited in the manuscript should be provided, in square brackets and include the corresponding database name; for example, [EMBL:AB026295, EMBL:AC137000, DDBJ:AE000812, GenBank:U49845, PDB:1BFM, SwissProt: Q96KQ7, PIR:S66116].

The databases for which we can provide direct links are: EMBL Nucleotide Sequence Database ([EMBL](#)), DNA Data Bank of Japan ([DDBJ](#)), GenBank at the NCBI ([GenBank](#)), Protein Data Bank ([PDB](#)), Protein Information Resource ([PIR](#)) and the SwissProt Protein Database ([SwissProt](#)).

#### Title page

The title page should list the title of the article, the full names, institutional addresses, email addresses for all authors. The corresponding author should also be indicated.

#### Abstract

A short, unstructured, single paragraph summary, no more than 100 words, of the major points raised, making evident the key work highlighted in the article. Please do not use abbreviations or references in the abstract.

#### Keywords

Three to ten keywords representing the main content of the article.

#### Correspondence/Findings

This should contain the body of the article, and should also be broken into subsections with short, informative headings.

Letters to the Editor of types 1 and 2 should include the heading 'Letters to the Editor'. Type 3 Letters to the Editor should report the research results under the heading 'Findings'.

#### List of abbreviations

If abbreviations are used in the text they should be defined in the text at first use, and a list of abbreviations can be provided, which should precede the competing interests and authors' contributions.

#### Competing interests

A competing interest exists when your interpretation of data or presentation of information may be influenced by your personal or financial relationship with other people or organizations. Authors must disclose any financial competing interests; they should also reveal any nonfinancial competing interests that may cause them embarrassment were they to become public after the publication of the manuscript.

Authors are required to complete a declaration of competing interests. All competing interests that are declared will be listed at the end of published articles. Where an author gives no competing interests, the listing will read 'The author(s) declare that they have no competing interests'.

When completing your declaration, please consider the following questions:

##### *Financial competing interests*

In the past three years have you received reimbursements, fees, funding, or salary from an organization that may in any way gain or lose financially from the publication of this manuscript, either now or in the future? Is such an organization financing this manuscript (including the article processing charge)? If so, please specify.

Do you hold any stocks or shares in an organization that may in any way gain or lose financially from the publication of this manuscript, either now or in the future? If so, please specify.

Do you hold or are you currently applying for any patents relating to the content of the manuscript? Have you received reimbursements, fees, funding, or salary from an organization that holds or has applied for patents relating to the content of the manuscript? If so, please specify.

Do you have any other financial competing interests? If so, please specify.

##### *Nonfinancial competing interests*

Are there any nonfinancial competing interests (political, personal, religious, ideological, academic, intellectual, commercial or any other) to declare in relation to this manuscript? If so, please specify.

If you are unsure as to whether you, or one of your coauthors, has a competing interest please discuss it with the editorial office.

#### Authors' contributions

In order to give appropriate credit to each author of a paper, the individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section.

According to [ICMJE guidelines](#), an 'author' is generally considered to be someone who has made substantive intellectual contributions to a published study. To qualify as an author one should 1) have made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) have been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; 3) have given final approval of the version to be published; and 4) agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content. Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group, alone, does not justify authorship.

We suggest the following kind of format (please use initials to refer to each author's contribution): AB carried out the molecular genetic studies, participated in the sequence alignment and drafted the manuscript. JY carried out the immunoassays. MT participated in the sequence alignment. ES participated in the design of the study and performed the statistical analysis. FG conceived of the study, and participated in its design and coordination and helped to draft the manuscript. All authors

[Title page](#)

[Abstract](#)

[Keywords](#)

[Correspondence/Findings](#)

[List of abbreviations used](#)

[Competing interests](#)

[Authors' contributions](#)

[Authors' information](#)

[Acknowledgements](#)

[Endnotes](#)

[References](#)

[Illustrations and figures](#)

[Tables and captions](#)

Preparing additional files read and approved the final manuscript.

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, a department chair who provided only general support.

#### Authors' information

You may choose to use this section to include any relevant information about the author(s) that may aid the reader's interpretation of the article, and understand the standpoint of the author(s). This may include details about the authors' qualifications, current positions they hold at institutions or societies, or any other relevant background information. Please refer to authors using their initials. Note this section should not be used to describe any competing interests.

#### Acknowledgements

Please acknowledge anyone who contributed towards the article by making substantial contributions to conception, design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data, or who was involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content, but who does not meet the criteria for authorship. Please also include the source(s) of funding for each author, and for the manuscript preparation. Authors must describe the role of the funding body, if any, in design, in the collection, analysis, and interpretation of data; in the writing of the manuscript; and in the decision to submit the manuscript for publication.

Please also acknowledge anyone who contributed materials essential for the study. If a language editor has made significant revision of the manuscript, we recommend that you acknowledge the editor by name, where possible.

The role of a scientific (medical) writer must be included in the acknowledgements section, including their source(s) of funding.

We suggest wording such as 'We thank

Jane Doe who provided medical writing services on behalf of XYZ Pharmaceuticals Ltd.'

Authors should obtain permission to acknowledge from all those mentioned in the Acknowledgements section.

#### Endnotes

Endnotes should be designated within the text using a superscript lowercase letter and all notes (along with their corresponding letter) should be included in the

Endnotes section. Please format this section in a paragraph rather than a list.

## References

All references, including URLs, must be numbered consecutively, in square brackets, in the order in which they are cited in the text, followed by any in tables or legends. Each reference must have an individual reference number. Please avoid excessive referencing. If automatic numbering systems are used, the reference numbers must be finalized and the bibliography must be fully formatted before submission.

Only articles, clinical trial registration records and abstracts that have been published or are in press, or are available through public eprint/ preprint servers, may be cited; unpublished abstracts, unpublished data and personal communications should not be included in the reference list, but may be included in the text and referred to as "unpublished observations" or "personal communications" giving the names of the involved researchers. Obtaining permission to quote personal communications and unpublished data from the cited colleagues is the responsibility of the author. Footnotes are not allowed, but endnotes are permitted. Journal abbreviations follow

Index Medicus/MEDLINE. Citations in the reference list should include all named authors, up to the first six before adding 'et al.'..

Any *in press* articles cited within the references and necessary for the reviewers' assessment of the manuscript should be made available if requested by the editorial office.

An Endnote style file is [available](#).

Examples of the *Health and Quality of Life Outcomes* reference style are shown [below](#). Please ensure that the reference style is followed precisely; if the references are not in the correct style they may have to be retyped and carefully proofread.

All web links and URLs, including links to the authors' own websites, should be given a reference number and included in the reference list rather than within the text of the manuscript. They should be provided in full, including both the title of the site and the URL, as well as the date the site was accessed, in the following format: The

Mouse Tumor Biology Database. <http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>. Accessed 20 May 2013. If an author or group of authors can clearly be associated with a web link, such as for weblogs, then they should be included in the reference.

Authors may wish to make use of reference management software to ensure that reference lists are correctly formatted. An example of such software is *Papers*, which is part of Springer Science+Business Media.

### Examples of the *Health and Quality of Life Outcomes* reference style

#### Article within a journal

Smith JJ. The world of science. *Am J Sci*. 1999;36:2345.

#### Article within a journal (no page numbers)

Rohrmann S, Overvad K, BuenodeMesquita HB, Jakobsen MU, Egeberg R, Tjønneland A, et al. Meat consumption and mortality results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *BMC Medicine*. 2013;11:63.

#### Article within a journal by DOI

Slifka MK, Whitton JL. Clinical implications of dysregulated cytokine production. *Dig J Mol Med*. 2000; doi:10.1007/s801090000086.

#### Article within a journal supplement

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan. *Blood* 1979;59 Suppl 1:2632.

#### Book chapter, or an article within a book

Wyllie AH, Kerr JFR, Currie AR. Cell death: the significance of apoptosis. In: Bourne GH, Danielli JF, Jeon KW, editors. *International review of cytology*. London:

Academic; 1980. p. 251306. *OnlineFirst chapter in a series (without a volume designation but with a DOI)*

Saito Y, Hyuga H. Rate equation approaches to amplification of enantiomeric excess and chiral symmetry breaking. *Top Curr Chem*. 2007. doi:10.1007/128\_2006\_108.

#### Complete book, authored

Blenkinsopp A, Paxton P. *Symptoms in the pharmacy: a guide to the management of common illness*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 1998.

#### Online document

Doe J. Title of subordinate document. In: The dictionary of substances and their effects. Royal Society of Chemistry. 1999. <http://www.rsc.org/dose/title of subordinate document>. Accessed 15 Jan 1999.

#### Online database

Healthwise Knowledgebase. US Pharmacopeia, Rockville. 1998. <http://www.healthwise.org>. Accessed 21 Sept 1998.

#### Supplementary material/private homepage

Doe J. Title of supplementary material. 2000. <http://www.privatehomepage.com>. Accessed 22 Feb 2000.

University site Doe, J: Title of preprint. <http://www.uniheidelberg.de/mydata.html> (1999). Accessed 25 Dec 1999.

FTP site Doe, J: Trivial HTTP, RFC2169. <ftp://ftp.isi.edu/innotes/rfc2169.txt> (1999). Accessed 12 Nov 1999.

#### Organization site

ISSN International Centre: The ISSN register. <http://www.issn.org> (2006). Accessed 20 Feb 2007.

#### Dataset with persistent identifier

Zheng LY,

Guo XS,

He B, Sun LJ,

Peng Y, Dong SS, et al. Genome data from sweet and grain sorghum (*Sorghum bicolor*). *GigaScience Database*. 2011. <http://dx.doi.org/10.5524/100012>.

## Preparing illustrations and figures

Illustrations should be provided as separate files, not embedded in the text file. Each figure should include a single illustration and should fit on a single page in portrait format. If a figure consists of separate parts, it is important that a single composite illustration file be submitted which contains all parts of the figure. There is no charge for the use of color figures.

Please read our [figure preparation guidelines](#) for detailed instructions on maximising the quality of your figures.

## Formats

The following file formats can be accepted:

PDF (preferred format for diagrams)

DOCX/DOC (single page only)

PPTX/PPT (single slide only)

EPS

PNG (preferred format for photos or images)

TIFF

JPEG

BMP

### Figure legends

The legends should be included in the main manuscript text file at the end of the document, rather than being a part of the figure file. For each figure, the following information should be provided: Figure number (in sequence, using Arabic numerals i. e. Figure 1, 2, 3 etc); short title of figure (maximum 15 words); detailed legend, up to 300 words.

Please note that it is the responsibility of the author(s) to obtain permission from the copyright holder to reproduce figures or tables that have previously been published elsewhere.

### Preparing tables

Each table should be numbered and cited in sequence using Arabic numerals (i.e. Table 1, 2, 3 etc.). Tables should also have a title (above the table) that summarizes the whole table; it should be no longer than 15 words. Detailed legends may then follow, but they should be concise. Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.

Smaller tables considered to be integral to the manuscript can be pasted into the end of the document text file, in A4 portrait or landscape format. These will be typeset and displayed in the final published form of the article. Such tables should be formatted using the 'Table object' in a word processing program to ensure that columns of data are kept aligned when the file is sent electronically for review; this will not always be the case if columns are generated by simply using tabs to separate text. Columns and rows of data should be made visibly distinct by ensuring that the borders of each cell display as black lines. Commas should not be used to indicate numerical values. Color and shading may not be used; parts of the table can be highlighted using symbols or bold text, the meaning of which should be explained in a table legend. Tables should not be embedded as figures or spreadsheet files.

Larger datasets or tables too wide for a landscape page can be uploaded separately as additional files. Additional files will not be displayed in the final, layout

PDF of the article, but a link will be provided to the files as supplied by the author.

Tabular data provided as additional files can be uploaded as an Excel spreadsheet (.xls ) or comma separated values (.csv). As with all files, please use the standard file extensions.

### Preparing additional files

Although *Health and Quality of Life Outcomes* does not restrict the length and quantity of data included in an article, we encourage authors to provide datasets, tables, movies, or other information as additional files.

Please note: All Additional files will be published along with the article. Do not include files such as patient consent forms, certificates of language editing, or revised versions of the main manuscript document with tracked changes. Such files should be sent by email to [hqlo@biomedcentral.com](mailto:hqlo@biomedcentral.com), quoting the Manuscript ID number.

Results that would otherwise be indicated as "data not shown" can and should be included as additional files. Since many weblinks and URLs rapidly become broken,

*Health and Quality of Life Outcomes* requires that supporting data are included as additional files, or deposited in a recognized repository. Please do not link to data on

a personal/departmental website. The maximum file size for additional files is 20 MB each, and files will be virus scanned on submission.

Additional files can be in any format, and will be downloadable from the final published article as supplied by the author. We recommend CSV rather than PDF for tabular data.

Certain supported files formats are recognized and can be displayed to the user in the browser. These include most movie formats (for users with the Quicktime plugin), miniwebsites prepared according to our guidelines, chemical structure files (MOL, PDB), geographic data files (KML). If additional material is provided, please list the following information in a separate section of the manuscript text:

File name (e.g. Additional file 1)

File format including the correct file extension for example .pdf, .xls, .txt, .pptx (including name and a URL of an appropriate viewer if format is unusual)

Title of data

Description of data

Additional files should be named "Additional file 1" and so on and should be referenced explicitly by file name within the body of the article, e.g. 'An additional movie file shows this in more detail [see Additional file 1]'.

### Additional file formats

Ideally, file formats for additional files should not be platform specific, and should be viewable using free or widely available tools. The following are examples of suitable formats.

Additional documentation

PDF (Adobe Acrobat)

Animations

SWF (Shockwave Flash)

Movies

MP4 (MPEG 4)

MOV (Quicktime)

Tabular data

XLS, XLSX (Excel Spreadsheet)

CSV (Comma separated values)

As with figure files, files should be given the standard file extensions.

### Miniwebsites

Small self-contained websites can be submitted as additional files, in such a way that they will be browsable from within the full text HTML version of the article. In order to do this, please follow these instructions:

Create a folder containing a starting file called index.html (or index.htm) in the root.

Put all files necessary for viewing the miniwebsite within the folder, or subfolders.

Ensure that all links are relative (ie "images/picture.jpg" rather than "/images/picture.jpg" or "http://yourdomain.net/images/picture.jpg" or "C:\Documents and

Settings\username\My Documents\miniwebsite\ images\picture.jpg") and no link is longer than 255 characters.

Access the index.html file and browse around the miniwebsite, to ensure that the most commonly used browsers (Internet Explorer and Firefox) are able to view all parts of the miniwebsite without problems, it is ideal to check this on a different machine.

Compress the folder into a ZIP, check the file size is under 20 MB, ensure that index.html is in the root of the ZIP, and that the file has .zip extension, then submit as an additional file with your article.

## Style and language

### General

Currently, *Health and Quality of Life Outcomes* can only accept manuscripts written in English. Spelling should be US English or British English, but not a mixture.

There is no explicit limit on the length of articles submitted, but authors are encouraged to be concise.

*Health and Quality of Life Outcomes* will not edit submitted manuscripts for style or language; reviewers may advise rejection of a manuscript if it is compromised by grammatical errors. Authors are advised to write clearly and simply, and to have their article checked by colleagues before submission. Inhouse copyediting will be minimal. Nonnative speakers of English may choose to make use of a copyediting service.

### Language editing

For authors who wish to have the language in their manuscript edited by a nativeEnglish speaker with scientific expertise, BioMed Central recommends [Edanz](#). BioMed

Central has arranged a 10% discount to the fee charged to BioMed Central authors by Edanz. Use of an editing service is neither a requirement nor a guarantee of acceptance for publication. Please contact [Edanz](#) directly to make arrangements for editing, and for pricing and payment details.

### Help and advice on scientific writing

The abstract is one of the most important parts of a manuscript. For guidance, please visit our page on [Writing titles and abstracts for scientific articles](#).

Tim Albert has produced for BioMed Central a [list of tips](#) for writing a scientific manuscript. [American Scientist](#) also provides a list of resources for science writing. For more detailed guidance on preparing a manuscript and writing in English, please visit the [BioMed Central author academy](#).

### Abbreviations

Abbreviations should be used as sparingly as possible. They should be defined when first used and a list of abbreviations can be provided following the main manuscript text.

### Typography

Please use double line spacing.

Type the text unjustified, without hyphenating words at line breaks.

Use hard returns only to end headings and paragraphs, not to rearrange lines.

Capitalize only the first word, and proper nouns, in the title.

All pages should be numbered.

Use the *Health and Quality of Life Outcomes* .

Footnotes are not allowed, but endnotes are permitted.

Please do not format the text in multiple columns.

Greek and other special characters may be included. If you are unable to reproduce a particular special character, please type out the name of the symbol in full. Please ensure that all special characters used are embedded in the text, otherwise they will be lost during conversion to PDF.

### Units

SI units should be used throughout (liter and molar are permitted, however).

**APÊNDICE A****Avaliação do perfil sócio-demográfico**

- Identificação da criança:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

- Identificação dos pais:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Estado civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

1. Escolaridade:

- ( ) Ensino fundamental incompleto
- ( ) Ensino fundamental completo
- ( ) Ensino médio incompleto
- ( ) Ensino médio completo
- ( ) Ensino superior incompleto
- ( ) Ensino superior completo
- ( ) Sem educação formal

2. Quantos filhos você tem?

R: \_\_\_\_\_

3. Qual o tipo de residência da sua família?

própria  cedida  alugada  outros

4. Qual a renda mensal da família ( em reais)?

R: \_\_\_\_\_

5. Sua residência tem água tratada?

Sim  Não

6. O pai trabalha fora de casa?

Sim  Não

7. Carga horária de trabalho?

R: \_\_\_\_\_

8. A mãe trabalha fora de casa?

Sim  Não

9. Carga horária de trabalho?

R: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B****Questionário Práticas em Saúde Bucal**

1. Seu filho (a) usa mamadeira ao dormir?

Sim

Não

2. Em caso positivo, você limpa a boca dele antes de dormir?

Sim

Não

3. Seu filho (a) tem escova de dente?

Sim

Não

4. Os dentes do seu filho (a) são escovados?

Sim

Não

5. Quem escova os dentes do seu filho (a)?

Pai  Mãe

Ele mesmo  Outro

6. Caso seja o pai ou a mãe que realiza a escovação dos dentes de seu filho (a), encontra dificuldade em realiza-la?

Sim

Não

7. Qual tipo de escova de dente seu filho (a) utiliza?

Adulto

Infantil

8. Como é o creme dental de seu filho?

- De adulto
- De criança

9. Quantas vezes ao dia os dentes do seu filho (a) são escovados?

- 1 vez
- 2 vezes
- 3 vezes
- mais de 3 vezes

10. Com que idade começou a escovar os dentes de seu filho (a)?

- 1 ano ou menos
- 2 anos
- 3 anos ou mais

11. É agradável ao seu filho (a) escovar os dentes?

- Sim
- Não

12. Qual a quantidade de creme dental usada na escovação?

- Cobrindo toda a escova
- Cobrindo metade da escova
- Cobrindo menos da metade da escova

13. Quem coloca creme dental na escova do seu filho (a)?

- Ele mesmo
- Pai
- Mãe
- outro

14. O seu filho (a) usa fio dental?

- Sim
- Não

15. Qual a frequência do uso do fio dental?

R: \_\_\_\_\_

16. Quem passa o fio dental?

Ele mesmo

Mãe

Pai

Outro

## **APENDICE C**

### **Carta aos Pais**

Senhores pais ou Responsáveis

Venho informar a vocês que será realizada uma pesquisa no CMEI Vovó Raquel para avaliar as práticas dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos e sua influência na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Esclareço que a participação nesta pesquisa não será com os filhos, mas com vocês, pais dos alunos matriculados no CMEI Vovó Raquel. Só faremos a pesquisa com aqueles que espontaneamente assinarem o consentimento e então responderão questionários sobre saúde bucal.

A pesquisa será realizada nos meses de outubro e novembro de 2014, nas dependências do CMEI, no momento em que forem deixar ou buscar seus filhos. Todas as dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora antes de autorizarem sua participação.

Ana Cláudia de Andrade

Odontóloga

Fone: (62)9964-1017.

Desde já agradeço.

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA E AS PRÁTICAS DOS PAIS NA SAÚDE BUCAL DE SEUS FILHOS**. Após os devidos esclarecimentos sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, o termo deve ser rubricado em todas as páginas e assinado no final do documento. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e assim deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo a você.

Este estudo tem como objetivo avaliar as práticas dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos e a relação com a qualidade de vida dos pais e dos filhos.

Todas as informações referentes à pesquisa serão fornecidas a você. A aplicação dos questionários será iniciada após a leitura e assinatura deste termo, contendo duas vias, uma para você e outra para mim (pesquisadora responsável).

Após concordar em participar desta pesquisa, você responderá três questionários, sobre as práticas de saúde bucal; avaliação sociodemográfica e qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Este estudo tem como benefício fortalecer o campo de pesquisa no Estado de Goiás na área da saúde bucal, visando construir programas e ações de saúde coletiva, possibilitando melhoria na qualidade de à família. Os benefícios são muito superiores aos possíveis riscos, e os procedimentos realizados são relativamente seguros, por se tratar de aplicação de questionários.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, neste estudo a possibilidade de risco se refere ao aspecto psicológico, pois os participantes podem atentar para alterações que anteriormente não tinham sido observadas. Para minimizar os possíveis riscos psicológicos, as entrevistas serão realizadas em uma sala cedida pelo Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) ou em sua residência garantindo a sua privacidade, todas as dúvidas serão esclarecidas quando surgirem.

Caso haja qualquer dano psicológico a você, encaminharei ao próprio serviço de psicologia da Secretaria de Saúde, que dispõe de toda assistência necessária.

Este encaminhamento poderá ocorrer em qualquer momento, não só durante ou após o término do estudo, mas também tardiamente, desde que seja detectado o problema.

Você, participante da pesquisa, terá direito à indenização de qualquer dano decorrente da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A indenização será estabelecida via processo judicial. Eu, Ana Cláudia de Andrade, me comprometo a acatar a decisão judicial.

Não está previsto ressarcimento de despesas a você, decorrente da participação na pesquisa. A pesquisa não trará custos a você, pois se trata apenas de responder questionários no local que seu filho estuda ou em sua residência, quando assim se fizer necessário. As despesas da pesquisa são de minha responsabilidade (pesquisadora) e caso haja eventuais gastos no decorrer do estudo, estes serão de responsabilidade também da pesquisadora, sendo você ressarcido.

A participação na pesquisa é voluntária. Você não receberá nenhum tipo de ressarcimento financeiro por participar da pesquisa. Você é livre para recusar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Por ser voluntário, o motivo de recusa em participar da mesma não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Todos os procedimentos metodológicos da pesquisa serão esclarecidos por mim (pesquisadora) antes e durante todo o curso do estudo a todos os participantes; em caso de dúvidas adicionais você poderá procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC- Goiás, pelo telefone (62) 3946-1512, endereço: Avenida Universitária, nº 1.069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás. Área IV (Bloco D da reitoria), Caixa Postal 86 – CEP 74605-010.

Os dados coletados e todas as informações obtidas na pesquisa serão armazenados por um período de cinco anos em local reservado, sob minha responsabilidade (pesquisadora), Ana Cláudia de Andrade. Após este período, todo o material será incinerado para garantir o sigilo dos resultados da pesquisa.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrão profissional de sigilo. As informações do estudo serão divulgadas somente para fins científicos, sendo seus dados revelados por meios de eventos científicos e Revistas Científicas, em forma de artigo.

Pesquisadora responsável

Ana Cláudia de Andrade – (62) 9964-101

Assinatura da pesquisadora responsável:

---

Ana Cláudia de Andrade

Rianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Consentimento de participação da pessoa como sujeito**

Eu, \_\_\_\_\_  
, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, fui informado (a) e esclarecido (a) dos objetivos da pesquisa: **RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA E AS PRÁTICAS DOS PAIS NA SAÚDE BUCAL DOS FILHOS**, de maneira clara e detalhada pela pesquisadora. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim desejar. Foi garantido que o participante da pesquisa está livre para recusar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Por ser voluntária a participação no estudo, a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A pesquisadora ainda certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa:

---

Participante

Rianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Presenciamos a solicitação de Consentimento de Participação da Pessoa como Sujeito.

Testemunhas (não ligadas à pesquisadora):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Observações complementares:

---

---

## APENDICE E

### AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO ECOHIS

30/09/2015

Outlook.com - draanao@hotmail.com

---

Mensagem Original ---



Paulo Antonio Martins Junior (paulo\_m Ações)

Para: Ana Claudia Andrade

Olá Ana Claudia, boa tarde!

O instrumento é de uso público, você deve apenas citar os autores da publicação original e da validação para uso no Brasil.

ECOHIS original: Pahel BT, Rozier RG, Slade GD: Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECO- HIS). Health Qual Life Outcomes 2007;5:6.

Validação Brasileira do ECOHIS: 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;28:367-374.

Espero ter ajudado.

Att,

Paulo