

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

EDILA PABLIZIA CAVALCANTE BATISTA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CÁRIE DENTÁRIA, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E
QUALIDADE DE VIDA DE PRÉ-ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE PATOS/PB**

PATOS - PB

2016

EDILA PABLIZIA CAVALCANTE BATISTA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CÁRIE DENTÁRIA, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E
QUALIDADE DE VIDA DE PRÉ-ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE PATOS/PB**

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

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

PATOS - PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

B333a Batista, Edila Pablizia Cavalcante
 Associação entre cárie dentária, condições socioeconômicas e qualidade
 de vida de pré-escolares do município de Patos/PB / Edila Pablizia
 Cavalcante Batista. – Patos, 2016.
 65f.

 Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
 de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

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

Referências.

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

CDU 616.314-084

EDILA PABLIZIA CAVALCANTE BATISTA

ASSOCIAÇÃO ENTRE CÁRIE DENTÁRIA, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E
QUALIDADE DE VIDA DE PRÉ-ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE PATOS/PB

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

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

Aprovado em 30/05/2016

BANCA EXAMINADORA

Faldryene de Sousa Q. Feitosa

Prof.^a Dr.^a Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa – Orientadora

Universidade Federal de Campina Grande– UFCG

Luciana Ellen Dantas Costa

Prof.^a Dr.^a Luciana Ellen Dantas Costa– 1º Membro

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Cristiano Moura

Prof. Dr. Cristiano Moura – 2º Membro

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico este trabalho a Deus, pois sem Ele nada podemos fazer, a meus amados pais, Marcus Santos e Suzy Cavalcante, que são meus alicerces e estímulos em todos os momentos, a meu irmão Jefte por seu companheirismo e a meu noivo, por me apoiar e incentivar em todo o tempo.

AGRADECIMENTOS

Sobretudo, agradeço a Deus pois não há palavras que possam descrever toda sua bondade e graça para comigo todos os dias, sem Ele nada disso aconteceria nem faria sentido. Obrigada Senhor, por permitir que hoje, a Odontologia se tornasse uma realidade!

A meus amados pais, Marcus Santos e Suzy Cavalcante, por todo o amor, por insistirem e acreditarem nos meus sonhos, se esforçando e me apoiando para que essa conquista acontecesse, sou extremamente grata por todo o empenho de vocês na minha formação!

A meu irmão Jefte, por ser tão presente e amigo de todas as horas.

A meu noivo, Eduardo Gouveia, pois o seu carinho sempre me confortou e me animou.

A meus familiares, por me incentivarem, torcerem e ajudarem em todas as situações.

À minha amiga Larissa, passamos por todas as fases estudantis juntas: maternal, ensino fundamental, ensino médio e faculdade, você além de minha dupla de faculdade é também de vida, uma amiga muito preciosa. Nós somos muitas mesmo sendo duas!

Aos meus amigos, Eriky, Renan, Luiz Eduardo, Ricardo e Diógenes, obrigada por torcerem por mim e por sempre poder contar com vocês.

Aos meus amigos do GAP(Grupo de Adoração ao Pai): Bruno, Ari, Dayse, Ana Karla, Esther, Matheus, Rhuama, Isaac, Diobson e Monalisa pelas palavras edificantes que tanto me abençoaram e por serem um suporte quando precisei.

Agradeço às professoras Luciana Ellen e Faldryene Queiroz, minha querida orientadora, pelo incentivo à pesquisa, por me ajudarem a desenvolver este trabalho de conclusão de curso, pelas tantas oportunidades, pela paciência, pelo exemplo pessoal e profissional, por serem professoras-amigas e principalmente por me abrirem as portas da Saúde Coletiva.

Agradeço também a professora Carolina Bezerra Cavalcanti Nóbrega e ao professor Cristiano Moura, pelos conhecimentos repassados e pela enorme contribuição na vida acadêmica.

As crianças, pais e professores que participaram deste trabalho e de forma tão gentil nos receberam.

Ao corpo docente do curso de Odontologia da UFCG, funcionários e pacientes: Minha gratidão!

Enfim, a todos que acreditaram, esse é o começo de uma nova história que começa a ser traçada agora.

“Agora, glória seja dada a Deus, que pelo seu grandioso poder operando em nós é capaz de fazer muito mais do que jamais ousaríamos pedir ou mesmo imaginar, infinitamente além de nossas mais altas orações, anseios, pensamentos ou esperanças.”

Efésios 3:20

RESUMO

O presente trabalho avaliou a relação entre cárie dentária, condições socioeconômicas e qualidade de vida em 215 crianças de 5 anos de idade, matriculadas em escolas públicas e privadas da cidade de Patos-PB, Brasil. Os aspectos relativos à qualidade de vida foram avaliados a partir da utilização dos questionários Early Childhood Oral Health Impact Scale em sua versão brasileira (B-ECOHIS) e Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI). Para avaliação socioeconômica foi utilizado um formulário contendo perguntas relativas as condições socioeconômicas das famílias. A prevalência de cárie dentária foi avaliada por meio do índice ceo-d e seus componentes. Os dados foram analisados com auxílio do software estatístico R for Windows, versão 3.1.0. Foi encontrada uma prevalência de cárie de 65,1% e ceo-d de 3,53 (DP:3,94), com 92,6% do componente cariado. As crianças que estudavam em escolas particulares ($p=0,001$), moravam em casas financiadas ($p=0,006$) e cujas famílias possuíam renda mensal acima de 3 salários mínimos ($p=0,004$), apresentaram menor probabilidade de desenvolver a doença. O impacto da cárie dentária sobre a qualidade de vida das crianças examinadas foi observado, sendo maior nos domínios dos sintomas e da angústia dos pais. A classificação da qualidade de vida pelo AUQEI não apresentou associação com a cárie dentária ($p>0,05$), embora a avaliação dos quesitos individualmente tenha mostrado relação estatisticamente significativa nos seguintes itens: “à noite, ao dormir” ($p=0,01$), “quando pratica esporte” ($p=0,047$), “quando brinca sozinho” ($p=0,049$) e “quando os amigos falam de você” ($p=0,044$). Não foi encontrada associação entre a qualidade de vida e os fatores socioeconômicos. O conhecimento desses dados possibilita uma adequação dos cuidados em saúde, assim como, uma reorientação dos gastos públicos, com atividades preventivas e assistenciais, direcionadas à melhoria das condições de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida da criança.

Palavras-Chave: Cárie dentária. Fatores socioeconômicos. Qualidade de vida. Saúde bucal.

ABSTRACT

This study evaluated the relation between dental caries, socioeconomic conditions and quality of life in 215 children 5 years old enrolled in public and private schools in the city of Patos- PB , Brazil . The aspects of quality of life were evaluated through the use of questionnaires Early Childhood Oral Health Impact Scale in its brazilian version (B-ECOHIS) and Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Image (AUQEI). To evaluate the socioeconomic was developed a form containing questions about the socioeconomic conditions of families. The prevalence of dental caries was assessed using the DMFT index, following the criteria proposed by the World Health Organization. Data were analyzed using the R statistical software for Windows, version 3.1.0. Prevalence of caries 65.1% and DMFT of 3.53 (3.94) was found, with 92.6 % of decayed teeth. Children who attended private schools ($p=0,001$), lived in homes financed ($p = 0.006$) and whose families had a monthly income above 3 minimum wages ($p = 0.004$), were less likely to develop the disease. The impact of dental caries on the quality of life of children examined was observed, being higher in the areas of symptoms and the distress of parents. The classification of the quality of life by AUQEI not correlated with dental caries ($p>0.05$), although the assessment of inquiry individually has shown statistically significant relationship with respect to items "a night to sleep" ($p = 0.01$), "when practicing sport" ($p = 0.047$), "when he plays alone" ($p = 0.049$) and "when friends talk about you" ($p = 0.044$). No correlation between quality of life and socioeconomic factors was found. Knowledge of these data enables the adequacy of health care, as well as a reorientation of public spending , with preventive and care activities, aimed at improving the health and therefore the quality of life of the child.

Keywords: Dental caries. Socioeconomic factors. Quality of life. Oral health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média aritmética dos escores por quesito e domínios do B- ECOHIS, Patos-PB.....	44
Tabela 2 – Média dos escores por domínio do AUQEI, Patos-PB.....	45
Tabela 3 – Associação entre a presença de cárie dentária e os fatores sociodemográficos, Patos-PB.....	46
Tabela 4 – Associação entre experiência de cárie dentária e qualidade de vida pelo B-ECOHIS e AUQEI, Patos-PB.....	47
Tabela 5 – Associação entre qualidade de vida (AUQEI) e fatores sociodemográficos, Patos-PB.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUQEI	<i>Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé</i>
B-ECOHis	Early Childhood Oral Health Impact Scale (versão Brasileira)
Ceo-d	Índice de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados
COHQOLI	Child Oral Health Quality of Life Instrument
CPO-D	Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
DMFT	Decayed, missing and filled teeth
DP	Desvio Padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
N	Número de elementos numa população (amostra)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
QV	Qualidade de vida
QVRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
SB	Saúde Bucal
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA EM PRÉ-ESCOLARES NO BRASIL E NO MUNDO.....	14
2.2	SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA.....	16
2.3	SAÚDE BUCAL E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS.....	18
2.4	SAÚDE BUCAL, CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA E QUALIDADE DE VIDA.....	19
	REFERÊNCIAS	22
3	ARTIGO	27
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	APÊNDICES.....	50
	ANEXOS.....	54

1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

No entanto, a cárie dentária ainda continua a ser um problema de saúde pública (REBELO; SANTANNA, 2015). Aos 5 anos de idade, uma criança brasileira possui em média 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio de mais de 80% do componente cariado (BRASIL, 2011). Quando a destruição dentária permanece indetectada e desenfreada, pode causar sérios problemas para as crianças, como dor, dificuldade em comer e falar, sendo um fator de forte impacto sobre a qualidade de vida (KRAMER et al., 2013).

Os fatores sociais também têm se mostrado determinantes na condição de saúde bucal. Estudos revelam que a prevalência de cárie dentária, expressa pelo Índice ceo-d, mostra-se significativamente pior para populações de baixo nível

socioeconômico (PIOVESAN et al., 2013; FIGUEIREDO et al., 2014; BRIZON et al., 2015).

A implementação de políticas públicas visando minimizar a desigualdade social através da expansão do acesso à saúde, educação, moradia, trabalho e lazer é essencial, quando se objetiva a obtenção de uma boa qualidade de vida (SCARPELLI et al., 2013).

Considerando a relevância dos problemas bucais sobre o bem-estar da criança, a presente pesquisa se propõe a determinar a prevalência de cárie dentária em pré-escolares do município de Patos – PB e verificar sua associação com a qualidade de vida e condições socioeconômicas das famílias envolvidas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA EM PRÉ-ESCOLARES NO BRASIL E NO MUNDO

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

Slabsinskiene (2010) avaliou a cárie precoce de infância e os comportamentos de risco para sua ocorrência em 481 crianças em idade pré-escolar de 10 estados da Lituânia e observaram uma prevalência de cárie de 50,6%, sendo 6,5% de cárie severa. A média do ceo-d verificada na amostra foi de 7,8 (DP: 3,54).

Melo et al. (2010) analisaram o padrão de distribuição da cárie dentária em pré-escolares residentes em áreas assistidas pela Estratégia Saúde da Família do Recife - PE e observaram que a prevalência de cárie foi de 63,8% aos 5 anos e ceo-d médio de 3,33.

Granville-Garcia et al. (2010) avaliaram a prevalência de cárie dentária em pré-escolares das creches públicas de Caruaru – PE e observaram uma prevalência de cárie na faixa etária dos 5 anos de 86,7% e ceo-d de 3,95.

O projeto SB Brasil 2010 avaliou a prevalência de cárie dentária de 7217 crianças na faixa etária de 05 anos de idade, residentes em 177 municípios brasileiros e observaram um índice ceo-d de 2,43 dentes com experiência de cárie, com predomínio de 80% do componente cariado e prevalência de cárie não tratada em torno de 48,2% (BRASIL, 2011).

Wong et al. (2011) avaliaram a prevalência de cárie de 1.296 crianças pré-escolares chinesas e encontraram uma prevalência de 19,9%, sendo 34,3% do componente cariado e média do ceo-d de 1,5 (DP:2.98).

Dawani et al. (2012) avaliaram a prevalência de cárie dentária em 1000 crianças pré-escolares paquistanesas e observaram uma prevalência em torno de 51%, com uma média de ceo-d de 2,08 ($\pm 2,97$), sendo 1,95 do componente cariado e associação estatisticamente significativa entre experiência de cárie e idade da

criança, consumo de leite não adoçado, placa bacteriana e péssimas condições de higiene oral.

Azevedo, Valença e Lima Neto (2012) avaliaram o perfil epidemiológico da cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos residentes no Município de Bayeux-PB e constataram que das 277 crianças na faixa etária dos 5 anos avaliadas, 32,1% não apresentaram experiência de cárie, a média do ceo-d foi de 2,86 e para aquelas identificadas com experiência de cárie, 96,5% do ceo-d eram do componente cariado.

Martello, Junqueira e Leite (2012) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a prevalência de cárie em 1.235 crianças na idade pré-escolar do Município de Rondonópolis- MG e observaram uma prevalência de cárie de 34,2% e a média do ceo-d de 0,79.

Borges et al. (2012) avaliaram a prevalência de cárie dentária em 1993 crianças em idade pré-escolar da cidade de Araçatuba-SP e observaram uma prevalência de cárie de 41,2% e ceo-d de 1.65 (\pm 2.67).

Gaidhane et al. (2013) avaliaram a prevalência e os fatores determinantes da cárie dentária em 330 crianças indianas, na faixa etária entre 2 e 5 anos de idade e observaram uma prevalência de cárie de 33,4% e associação estatisticamente significativa com o uso de mamadeira.

Corrêa-Faria et al. (2013) realizaram um estudo para avaliar a prevalência de cárie na primeira infância em 593 pré-escolares brasileiros e observaram uma prevalência de cárie de 53,6 %.

Ardenghi, Piovesan e Antunes (2013) realizaram um estudo com 7.217 crianças pré-escolares no Brasil em 177 municípios para avaliar a prevalência de cárie dentária e observaram que a prevalência da doença não tratada foi de 48,2% e mais da metade da amostra tinham pelo menos um dente decíduo afetado pela mesma. O índice de cárie dentária em dentes decíduos foi 2,41, com valores mais elevados nas regiões Norte e Nordeste.

Mantonanaki et al. (2014) avaliaram a prevalência de cárie dentária em 605 crianças gregas de 5 anos de idade e observaram uma prevalência de 16,5% e associação estatisticamente significativa com baixa renda, sexo feminino e moradia em casas alugadas.

Mendes-Constante et al. (2014) realizaram um estudo para estimar a prevalência, gravidade e desigualdade na distribuição da doença em escolares de

Florianópolis-SC em 2011 e compararam os resultados com dados de estudos prévios realizados desde 1971. Eles observaram uma queda efetiva na prevalência e gravidade da cárie dentária em escolares ao longo de 40 anos de monitoramento, onde a prevalência de cárie dentária diminuiu de 98% em 1971 para 36,9% em 2011 e o CPOD variou de 9,2 em 1971 para 0,7 em 2011. No entanto, uma pequena proporção da população tem experimentado a maior prevalência da cárie nos últimos anos do estudo.

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

2.2. SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA

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

Lee et al. (2010) realizaram um estudo comparativo de dois instrumentos de avaliação da qualidade de vida, o Pediatric Quality of Life Inventory™ Versão 4.0 (PedsQL 4.0) que avalia a qualidade de vida relacionada a saúde geral e um instrumento de medida específica para a qualidade de vida relacionada a saúde bucal o Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), com o objetivo de avaliar o impacto da cárie precoce de infância na qualidade de vida das crianças e observaram que o ECOHIS foi mais sensível do que PedsQL 4.0 em avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida de crianças pré-escolares, mostrando uma correlação forte entre a presença de cárie dentária com as pontuações do ECOHIS.

Andrade et al. (2011) avaliaram a percepção dos cuidadores sobre o impacto da saúde bucal das crianças na qualidade de vida, utilizando como instrumento de avaliação o Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) e observaram que 86,6% relataram pelo menos um impacto negativo na qualidade de vida, sendo a dor de dente (60%) e a dificuldade para comer (50%) os mais frequentes e 30% dos

cuidadores perceberam que o bem-estar da criança poderia ser prejudicado por problemas bucais.

Kramer et al. (2013) realizaram um estudo para avaliar o impacto das condições de saúde bucal de pré-escolares brasileiros sobre a qualidade de vida da criança e dos seus pais, o estudo foi realizado com 1.036 crianças de 2-5 anos das creches públicas de Canoas – SP sendo utilizado como instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal o Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) e observaram que 17,4% dos cuidadores relataram que seu filho teve impacto negativo sobre pelo menos um item do ECOHIS. Os impactos negativos foram mais prevalentes em itens relacionados à dor, dificuldade para beber e comer alguns alimentos. A prevalência de ter qualquer impacto sobre a qualidade de vida foi quase três vezes maior em crianças com cárie dentária em comparação àquelas que estavam livres de cárie e os resultados mostraram ainda que a cárie dentária da criança influenciou também na qualidade de vida dos cuidadores e de outros membros da família.

Martins –Júnior et al. (2013) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o impacto da cárie dentária sobre a qualidade de vida de 638 crianças pré-escolares e dos seus pais por meio do Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) e do OHRQoL (Qualidade de vida relacionada a saúde bucal) e observaram que houve uma diferença significativa entre a severidade da cárie e a qualidade de vida da criança e dos seus pais.

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

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

Kumar, Kroon e Lalloo (2014) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre cárie dentária e qualidade de vida e observaram que a maioria dos estudos sobre a influência da saúde bucal na qualidade de vida foram realizados em crianças brasileiras e foram publicados nos últimos dois anos, tendo como instrumento de

escolha na idade pré-escolar o Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS).

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

2.3. SAÚDE BUCAL E CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA

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

No Brasil, há diferenças na prevalência de cárie dentária nas diversas regiões do país. As médias do índice ceo-d são mais elevadas nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, em comparação com as regiões Sul e Sudeste. Além disso, a proporção de dentes cariados é sensivelmente maior nas regiões Norte e Nordeste, enquanto a de dentes restaurados é maior nas regiões Sudeste e Sul (BRASIL, 2011).

Melo et al. (2010) analisaram o padrão de distribuição da cárie dentária em pré-escolares residentes em áreas assistidas pela Estratégia Saúde da Família do Recife - PE de dois distritos sanitários e, estabeleceram comparações. Foi observado que os indicadores de cárie utilizados informaram a existência de nichos infantis com piores situações de saúde bucal em áreas mais pobres.

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

Costa et al. (2013) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a problemática da cárie dentária, enquanto uma questão de saúde pública de relevância epidemiológica e concluíram que os levantamentos apontaram

desigualdades entre grupos populacionais com relação ao acesso ao atendimento e a perda dentária, apresentando desigualdades por renda familiar e região brasileira.

Ardenghi, Piovesan e Antunes (2013) realizaram um estudo para avaliar a influência das desigualdades sociais de natureza individual e contextual sobre cárie dentária não tratada em crianças brasileiras e observaram que crianças negras e as de famílias de baixa renda apresentaram maior prevalência de cárie dentária não tratada.

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

Piovesan et al. (2013) realizaram um estudo para avaliar a desigualdade na distribuição da cárie dental em pré-escolares da cidade de Santa Maria - RS e investigar as associações com fatores socioeconômicos e observaram que as crianças cujas mães não completaram o ensino primário e aqueles com baixa renda familiar eram mais propensas a ter um aumento da cárie dentária.

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

2.4. SAÚDE BUCAL, CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA E QUALIDADE DE VIDA

O Brasil apresenta-se entre os países de maior concentração de renda do mundo, onde 5% da população detém em torno de 44% da renda total do país, marcado por extrema desigualdade social e evidenciando índices significativos de pobreza (MEDEIROS; SOUZA; CASTRO, 2015). De acordo com Scarpelli et al. (2013), crianças de famílias de renda mais baixa apresentaram maior impacto sobre a qualidade de vida do que aquelas oriundas de famílias de alta renda.

A maioria dos estudos relacionados a condição socioeconômica e qualidade de vida relacionada a saúde bucal são realizados em crianças brasileiras e foram publicados nos últimos dois anos (KUMAR; KROON; LALLOO, 2014).

Paula et al. (2012) investigaram a influência das condições de saúde geral e bucal, situação socioeconômica, ambiente familiar e percepções subjetivas de pais e alunos sobre a qualidade de vida e observaram que a experiência de cárie, a renda familiar mensal, a escolaridade da mãe, a estrutura familiar, o número de irmãos e o uso de cigarros, álcool e drogas, foram significativamente associados com pobre qualidade de vida.

Scarpelli et al. (2013) realizaram um estudo para avaliar o impacto das alterações bucais na qualidade de vida de 1632 pré-escolares da cidade de Belo Horizonte- MG e identificar a influência do perfil sócio-demográfico. Foram avaliadas a experiência de cárie, má oclusão, traumatismo dentário e defeitos de desenvolvimento do esmalte. Observou-se que a experiência de cárie dentária foi o único critério normativo com impacto negativo sobre a qualidade de vida. Famílias de baixa renda e os pais mais jovens relataram um maior impacto na qualidade de vida e de acordo com a percepção dos pais, uma condição de saúde geral e bucal deficiente estava relacionada com uma pior qualidade de vida entre as crianças.

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

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

Eskenazi et al. (2015) avaliaram a relação entre experiência de cárie, qualidade de vida relacionada à saúde bucal e fatores socioeconômicos em escolares de rede municipal, e constataram que, 58,5% apresentaram experiência de cárie, os quais também apresentaram maiores escores na percepção global em saúde bucal e nos domínios bem-estar emocional e bem-estar social quando comparados àqueles sem experiência de cárie concluindo que a experiência de cárie relacionou-se com uma percepção negativa da saúde bucal, principalmente nos aspectos emocional e social.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J.; CARVALHO, T.S.; BÖNECKER, M.; ORTEGA, A.O.; CIAMPONI, A.L.; RAGGIO D.P. Relatos dos pais da qualidade de saúde oral de vida de crianças com paralisia cerebral. **BMC Saúde Bucal**, jun, 2014.
- ANDRADE, L.H.R.; BUCZYNSKI, A.K.; CASTRO, G.F.; SOUZA, I.P.R. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños pre-escolares: percepción de los responsables. **Acta Odontol Venez**, v.4, n. 49, 2011.
- ARDENGHI, T.M.; PIOVESAN, C.; ANTUNES, J.L. Inequalities in untreated dental caries prevalence in preschool children in Brazil. **Rev Saude Publica**, n. 47, dec, 2013. Suppl 3:129-37.
- AZEVEDO, A.C.; VALENÇA, A.M.G.; LIMA NETO, E.A. Perfil epidemiológico da cárie dentária em escolares de 5 e 12 anos residentes no Município de Bayeux, Paraíba. **Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais**, v.02, n.48, p. 68-75, 2012.
- BARBOSA, T.DE S.; TURELI, M.C.; NOBRE-DOS-SANTOS, M.; PUPPIN-RONTANI, R.M.; GAVIÃO, M.B. The relationship between oral conditions, masticatory performance and oral health-related quality of life in children. **Arch Oral Biol**, v.9, n. 58, p. 1070-7, 2013.
- BORGES, H.C.; GARBÍN, C.A.; SALIBA, O.; SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A. Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. **Braz Oral Res**, v.6, n.26, p. 564-70, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRIZON, V. C.; MELO, R. R.; ZARZAR, P.M.; GOMES, V. E.; OLIVEIRA, A. C. B. Indicadores socioeconômicos associados à cárie dentária: uma revisão crítica. **Revista unimontes científica**, Montes Claros, v. 16, n. 1, jan./jun, 2015.

CORRÊA-FARIA, P.; MARTINS-JÚNIOR, P.A.; VIEIRA-ANDRADE, R.G.; MARQUES, L.S.; RAMOS-JORGE, M.L. Factors associated with the development of early childhood caries among Brazilian preschoolers. **Braz Oral Res**, v.4, n.27, p. 356-62, jul-aug, 2013.

COSTA, S.M.; ABREU, M.H.N.G.; VASCONCELOS, M.L.; LIMA, R.C.G.S.; VERDI, M.; FERREIRA, E. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.2, n. 18, p. 461-470, 2013.

DAWANI, N.; NISAR, N.; KHAN, N.; SYED, S.; TANWEER, N. Prevalence and factors related to dental caries among pre-school children of Saddar town, Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, dec, 2012.

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

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

GAIDHANE, A.M.; PATIL, M.; KHATIB, N.; ZODPEY, S.; ZAHIRUDDIN, Q.S. Prevalence and determinant of early childhood caries among the children attending the Anganwadis of Wardha district, India. **Indian J Dent Res**, v.2, n. 24, p. 199-205, mar- apr, 2013.

GOTTARDO, A.C.; WEBBER, L.P.; ROSSA, J.; AROSSI, G.A. Perda dental anterior influencia a qualidade de vida relacionada a saúde oral. **Revista de Iniciação Científica da ULBRA Canoas**, n.13, p.60-70, 2015.

GRANVILLE-GARCIA, A.F.; FERREIRA, J.M.S.; BARBOSA, A.M.F.; VIEIRA, P.; SIQUEIRA, M.J.; MENEZES, V.A. Cárie, gengivite e higiene bucal em pré-escolares. **RGO (Porto Alegre)**, v.4, n. 58, p. 469-473, 2010.

KRAMER, P.F.; FELDENS, C.A.; FERREIRA, S.H.; BERVIAN, J.; RODRIGUES, P.H.; PERES, M.A. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.4, n. 41, p. 327-35, aug, 2013.

KUMAR, S.; KROON, J.; LALLOO, R. A systematic review on the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. **Health Qual Life Outcome**, v.1, n. 12, mar, 2014.

LEE, G.H.; MCGRATH, C.; YIU, C.K.; KING, N.M. A comparison of a generic and oral health-specific measure in assessing the impact of early childhood caries on quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.4, n. 38, p.333-9, aug, 2010.

MANTONANAKI, M.; KOLETSI-KOUNARI, H.; MAMAI-HOMATA, E.; PAPAIOANNOU, W. Prevalence of dental caries in 5-year-old Greek children and the use of dental services: evaluation of socioeconomic, behavioural factors and living conditions. **Int Dent J**, v.2, n. 63, p.72-9, apr, 2014.

MARTELLO, R.P.; JUNQUEIRA, T.P.; LEITE, I.C.G. Cárie dentária e fatores associados em crianças com três anos de idade cadastradas em Unidades de Saúde da Família do Município de Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.1, n. 21, p. 99-108, jan-mar, 2012.

MARTINS-JÚNIOR, P.A.; VIEIRA-ANDRADE, R.G.; CORRÊA-FARIA, P.; OLIVEIRA-FERREIRA, F.; MARQUES, L.S.; RAMOS-JORGE, M.L. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. **Caries Res**, v.3, n. 47, p.211-8, 2013.

MASSARENTE, D.B.; DOMANESCHI, C.; MARQUES, H.H.; ANDRADE, S.B.; GOURSAND, D.; ANTUNES, J.L.F. Oral health-related quality of life of pediatric patients with AIDS. **BMC Oral Health**, v.2, n. 11, 2011.

MEDEIROS, M.; SOUZA, P.H.G.F.; CASTRO, F.A. O Topo Da Distribuição De Renda No Brasil: Primeiras Estimativas Com Dados Tributários E Comparação Com Pesquisas Domiciliares, 2006-2012. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, 2015.

MELO, M.M.D.C.; SOUZA, W.V.; LIMA, M.L.C.; COUTO, G.B.L.; CHAVES, T.M. Cárie Dentária em Pré-Escolares: um Estudo em Áreas Cobertas pela Estratégia Saúde da Família do Recife, PE, Brasil. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr**, v.3, n.10, set-dez, 2010.

MENDES-CONSTANTE, H.; SOUZA, M.L.; BASTOS, J.L.; PERES, M.A. Tendências da cárie dentária em escolares brasileiros: 40 anos de monitoramento (1971-2011). **Int Dent J**, fev, 2014.

NOVA, F.A.V.; AMBROSANO, G.M.B.; PEREIRA, S.M.; PEREIRA, A.C.; MENEZHIN, M.C. Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v.34, n.10, p. 1-10, jan-mar, 2015.

OLIVEIRA, L.J.; CORREA, M.B.; NASCIMENTO, G.G.; GOETTEMES, M.L.; TARQUINIO, S.B.; TORRIANI, D.D.; DEMARCO, F.F. Inequalities in oral health: are schoolchildren receiving the Bolsa Familia more vulnerable? **Rev Saude Publica**, v.6, n. 47, p. 1039-1047, 2013.

PAULA, J.S.; LEITE, I.C.; ALMEIDA, A.B.; AMBROSANO, G.M.; PEREIRA, A.C.; MIALHE, F.L. A influência das condições de saúde bucal, status socioeconômico e casa ambiente fatores sobre a auto percepção da qualidade de vida das crianças em idade escolar. **Vida resultados**, jan, 2012.

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

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

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

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

SLABSINSKIENE, E. Severe early childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. **Medicina (Kaunas)**, v.2, n. 46, p. 135-141, 2010.

SOUZA, J.G.S.; MARTINS, A.M.E.B.L. Dor dentária e fatores associados em pré-escolares brasileiros. **Rev Paul Pediatr**, 2016.

VARGAS-FERREIRA, F.; ZENG, J.; THOMSON, W.M.; PERES, M.A.; DEMARCO, F.F. Association between developmental defects of enamel and dental caries in schoolchildren. **J Dent**, v.42, n. 5, p.540-546, may, 2014.

WONG, H.M.; MCGRATH, C.P.; KING, N.M.; LO, E.C. Oral health-related quality of life in Hong Kong preschool children. **Caries Res**, v.4, n.45, p.370-6, 2011.

3 ARTIGO

ASSOCIAÇÃO ENTRE CÁRIE DENTÁRIA, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS

Association Between Dental Caries, Socioeconomic Conditions And Quality of Life In Children

Édila Pablizia Cavalcante BATISTA- Aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG (edilapablizia@gmail.com).

Larissa Lima LEÔNCIO- Aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG (lari.leoncio@gmail.com).

Luciana Ellen Dantas COSTA- Profa. Dra. do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, área de Saúde Coletiva (ellendantascosta@yahoo.com.br).

Faldryene de Sousa Queiroz FEITOSA- Profa. Dra. do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, área de Saúde Coletiva (falqueiroz@hotmail.com).

Autor para correspondência:

Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa

Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Rod. PB-110, 58708-110, Jatobá, Patos - PB, Brasil. Telefone: (83) 3511- 3045

E-mail:falqueiroz@hotmail.com

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi avaliar a associação entre cárie dentária, condições socioeconômicas e qualidade de vida em pré-escolares. O estudo transversal foi realizado com 215 crianças de 5 anos de idade, de ambos os sexos, matriculadas em creches públicas e privadas da cidade de Patos/PB. Os aspectos relativos à qualidade de vida foram avaliados a partir dos questionários Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHS) e Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI). Para avaliação das condições socioeconômicas foi utilizado um formulário contendo perguntas relativas à escolaridade do chefe da família, renda mensal familiar, número de componentes no domicílio, tipo de moradia e zona do domicílio. A prevalência de cárie dentária foi avaliada por meio do índice ceo-d e seus componentes (CEP/UCS- 140/2013). Foi encontrada uma prevalência de cárie de 65,1% e ceo-d de 3,53, com 92,6% do componente cariado. O impacto da cárie dentária sobre a qualidade de vida das crianças examinadas foi observado, sendo maior nos domínios dos sintomas e da angústia dos pais. A classificação da qualidade de vida pelo AUQEI não apresentou associação com a cárie dentária ($p > 0,05$), embora a avaliação dos quesitos individualmente tenha mostrado relação estatisticamente significativa nos seguintes itens: “à noite, ao dormir” ($p = 0,01$), “quando pratica esporte” ($p = 0,047$), “quando brinca sozinho” ($p = 0,049$) e “quando os amigos falam de você” ($p = 0,044$). Não foi encontrada associação entre qualidade de vida e fatores socioeconômicos. O conhecimento desses dados possibilita adequação e reorientação dos cuidados direcionados à melhoria das condições de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida da criança.

Palavras-Chave: Cárie dentária. Fatores socioeconômicos. Qualidade de vida. Saúde bucal.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the association between dental caries, socioeconomic conditions and life quality in preschoolers. The cross-sectional study was conducted with 215 under-5-year-old children, both male and female, enrolled in public and private kindergartens of Patos city (PB). The aspects of life quality were evaluated by the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B- ECOHIS) and the Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Image (AUQEI) questionnaires. To evaluate the socioeconomic conditions it was used a form containing questions relating to the education of the household head, monthly family income, number of components in the household, type of housing and household zone. The prevalence of dental caries was assessed by DMFT and its components (CEP/UCS- 140/2013). It was found a prevalence of 65.1% of caries and 3.53 of DMFT, with 92.6% of decayed teeth. The impact of dental caries on the quality of life of children examined was observed, being higher in the fields of symptoms and anxiety of parents. The life quality rating by AUQEI didn't show any association with dental caries ($p > 0.05$), although the individual assessment of the questions has shown statistically significant relationship in the following items: "at night, at bedtime" ($p = 0, 01$) "when practicing sport" ($p = 0.047$), "when playing alone" ($p = 0.049$) and "when friends talk about you" ($p = 0.044$). No association was found between life quality and socioeconomic factors. Knowledge of these data enables adjustment and reorientation of care aimed at improving the health and consequently the child's life quality.

Key-words: Dental caries. Socioeconomic factors. Quality of life. Oral health.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida relacionada a saúde está ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente¹. O interesse pela qualidade de vida e saúde bucal em crianças vem aumentando, uma vez que as desordens orais apresentam efeito negativo na qualidade de vida das mesmas². Os problemas bucais podem causar dor, desconforto, dificuldades para mastigar, falar, limitações e outras condições que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo^{3,4}.

Ao longo dos anos, a saúde bucal vinha sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitiam a determinação do real impacto dos problemas bucais no dia a dia dos indivíduos⁵. A necessidade de se determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionado à saúde bucal (QVRSB), que têm sido utilizados com maior frequência em pesquisas da área odontológica².

Dessa forma, a avaliação da qualidade de vida e da percepção individual no seu contexto cultural, seus valores no meio em que vive, sua relação com os seus objetivos, expectativas, parâmetros e conceitos, vem sendo incluída na avaliação clínica, como forma de priorizar tratamentos e implementar estratégias de saúde bucal⁶.

Os fatores sociais também têm se mostrado determinantes na condição de saúde bucal e conseqüentemente na qualidade de vida das pessoas. Estudos revelaram que a prevalência de cárie dentária, expressa pelo índice ceo-d, mostrou-se significativamente pior para populações de baixo nível socioeconômico^{7,8,9}. Grupos populacionais mais pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho tendem a apresentar maior prevalência de cárie dentária, uma vez que a condição socioeconômica determina o acesso a atividades preventivas, visitas regulares ao dentista, escovação dentária e uma alimentação mais balanceada¹⁰.

A implementação de políticas públicas visando minimizar a desigualdade social através da expansão do acesso à saúde, educação, moradia, trabalho e lazer é essencial, quando se objetiva a obtenção de uma boa qualidade de vida¹¹.

Deste modo, considerando a relevância dos problemas bucais sobre o bem-estar da criança, o presente estudo se propôs a verificar o impacto da condição bucal na qualidade de

vida dos pré – escolares, bem como traçar a associação desta com o perfil socioeconômico das famílias envolvidas.

MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Cruzeiro do Sul sob protocolo CE/UCS- 140/2013.

A pesquisa classificou-se como observacional transversal, no qual, o tamanho da amostra foi obtido por meio do processo de amostragem para população finita, segundo Cochran¹² (1977). A margem de erro fixada e valor admitido para média e desvio-padrão foram os mesmos adotados pelo projeto SB Brasil 2003¹³ para a região Nordeste, para crianças de 5 anos de idade, em população maior de 100 mil habitantes. Nestas condições o tamanho amostral ficou estimado em 212 escolares. Admitindo-se um absenteísmo da ordem de 20%, o tamanho final da amostra foi de 254 crianças.

A população alvo deste estudo foi composta por pré-escolares de ambos os sexos, matriculados em creches públicas e privadas, com 5 anos de idade, residentes em zona urbana e rural assim como, por seus respectivos pais/responsáveis, os quais receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da amostra crianças que apresentaram deficiências neuropsicomotoras e/ou aquelas que não permitiram a realização do exame clínico, ou forem vetados pelos pais/responsáveis.

Antes da realização do estudo, realizou-se um processo de calibração dos examinadores para a coleta dos índices ceo-d e aplicação dos questionários. A consistência dos diagnósticos foi medida através do coeficiente *Cohens's kappa* para a obtenção dos valores de concordância, os dados obtidos pelo teste de Kappa na calibração inter-examinadores variou de **0,81-0,91** e na calibração intra-examinadores de **0,83-0,90**, representando boa confiabilidade.

Um estudo-piloto foi realizado com a finalidade de avaliar os instrumentos de pesquisa e a dinâmica de coleta dos dados, para verificar as dificuldades observadas durante a realização do estudo, no preenchimento dos questionários e exame clínico, possibilitando assim, realizar os devidos ajustes.

Para avaliação da condição de saúde bucal, adotou-se o índice ceo-d para o diagnóstico de cárie dentária¹⁴. Para avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pré-escolares, foi utilizado o instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)¹⁵, o qual foi inteiramente respondido pelos responsáveis das crianças. O ECOHIS foi desenvolvido a partir de uma seleção de 13 itens, oriundos dos 36 que compõem o questionário Child Oral Health Quality of Life Instrument (COHQOLI), esses itens foram considerados os mais relevantes para mensurar o impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida dos pré-escolares e consideram as experiências de doenças bucais e tratamentos dentários da vida inteira das crianças.

Esse instrumento, na sua versão brasileira (B-ECOHIS), é composto por treze itens que avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança (subescala da criança), sendo uma questão relativa a sintomas, domínio das limitações com cinco questões, duas relacionadas a fatores psicológicos, uma questão de autoimagem e uma de interação social. As outras quatro questões avaliam o impacto dos problemas bucais das crianças sobre sua família (subescala da família), sendo duas questões de angústia dos pais e duas questões de função familiar.

As opções de resposta estão elencadas em códigos que variam de 0 a 5, onde o código 0 = nunca, 1 = quase nunca, 2 = às vezes, 3 = com frequência, 4 = com muita frequência e 5 = não sei.

Os escores totais e por domínios foram calculados a partir da somatória dos códigos das respostas. As respostas “não sei” foram contabilizadas, porém foram excluídas da somatória para o cálculo dos escores total e por domínios de cada entrevistado. A pontuação mínima obtida do questionário é zero, que corresponde a saúde bucal sem influencia na qualidade de vida dos pré-escolares e a máxima é 56, onde existe forte influência da saúde bucal na qualidade de vida das crianças.

A somatória total da pontuação do questionário foi dividida em: **sem impacto**, quando o resultado da soma dos resultados foi igual a zero; **impacto fraco**, quando a soma da pontuação total foi maior que zero e menor ou igual a 18,67; **impacto médio** quando a somatória foi maior que 18,67 e menor ou igual a 37,34; e, **impacto forte** quando a soma da pontuação do questionário foi maior que 37,34 e menor ou igual a 56¹⁵.

Para classificação socioeconômica do núcleo familiar foram avaliados o nível de escolaridade do chefe da família, renda mensal familiar¹⁶, número de membros da família que

participam e /ou dependem da referida situação econômica¹⁷, tipo de escola⁷, condição de moradia¹⁶ e localização do domicílio.

O instrumento utilizado nesta pesquisa para avaliar a qualidade de vida da criança, respondido pela própria criança, foi o Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQUEI). Cada criança foi entrevistada individualmente, em um local reservado, no próprio ambiente escolar, por um único pesquisador devidamente calibrado.

A escala AUQUEI desenvolvida por Manificat e Dazord¹⁸ (1997), traduzida e validada por Assumpção Jr et al¹⁹ (2000) para o português é composta por 26 perguntas estruturadas em forma de escala com quatro possibilidades de respostas (muito feliz, feliz, infeliz e muito infeliz) e imagens representativas que refletem os sentimentos dos mesmos frente a conflitos que possam sofrer no cotidiano como: no relacionamento com familiares, amigos, profissionais da saúde e demais pessoas de seu convívio pessoal; comportamento apresentado nos ambientes escolar e hospitalar, nas refeições, brincadeiras e momentos de entretenimento; conhecimento e percepção de sua auto-imagem; desempenho acadêmico e físico na prática de esportes; e suas perspectivas futuras.

Cada resposta recebeu uma pontuação de 0 a 3, sendo o primeiro correspondente ao estado muito infeliz e o último ao estado muito feliz. O somatório dos escores de todas as questões representa o total individual, podendo este valor variar de 0 a 78. Após obtenção dos escores totais, a nota de corte utilizada foi de 48, sendo a qualidade de vida considerada **prejudicada** nos casos em que a pontuação for inferior a esta nota ou **satisfatória** nas crianças com escores iguais ou superiores a mesma.

Das 26 perguntas que compõem originalmente o questionário, 18 podem ser agrupadas em quatro domínios sendo esta divisão realizada da seguinte maneira: cinco questões (1, 2, 4, 5 e 8) relacionadas às atividades na escola, refeições, ao deitar-se, e à ida ao médico formam o domínio função; outras cinco questões (3, 10, 13, 16 e 18) relativas à opinião das crianças quanto às figuras parentais e delas, quanto a si mesmo constituem o domínio família; três questões (11, 21 e 25) que abordam às férias, aniversário e relações com avós foram inseridas no domínio lazer; por fim, cinco questões (15, 17, 19, 23 e 24) que se referem à independência, relacionamento com amigos e avaliação escolar constituem o domínio autonomia.

As questões 6, 7, 9, 12, 14, 20, 22 e 26 foram consideradas isoladamente, pois representam domínios separados dos demais.

Os dados foram analisados e processados por meio de planilhas Excel (®Microsoft 2013). A análise estatística foi realizada de modo descritivo por meio de frequências relativas e absolutas para as variáveis categóricas. Para o relacionamento entre variáveis categóricas foi feito o uso de tabelas de contingência. A análise dessas tabelas foi feita através de testes de Qui-quadrado, sem a correção de Yates.

Para comparações entre as médias empregou-se o teste t de Student. Na análise inferencial, significância estatística para as comparações individuais foi considerada para níveis de p -valor < 0,05.

Os dados foram analisados através do software estatístico R for Windows, versão 3.1.0 e seus pacotes Hmisc versão 3.14-4 (2013-07-10), gplots versão 2.14.1.

RESULTADOS

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

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

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

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

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

Avaliando o perfil epidemiológico da cárie dentária verificou-se um ceo-d médio de 3,53 (DP=3,94) dentes acometidos e valores mínimo e máximo de 1 e 17, respectivamente.

Observou-se uma prevalência de cárie de 65,1%, ou seja, 140 crianças apresentavam ao menos a presença de uma lesão de cárie, totalizando 759 dentes afetados, destes, 92,6% (n=703) era do componente cariado, 4,74% (n=36) de extrações indicadas e/ou perdido por cárie e 2,66% (n=20) de dentes restaurados.

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

Em relação aos dados obtidos por meio da aplicação do B-ECOHIS, que avalia a influência da saúde bucal na qualidade de vida da criança, a maioria das crianças (n=108, 51,2%) mostrou a qualidade de vida prejudicada devido à condição de saúde bucal, onde 45,1% (n=97) apresentaram um impacto fraco da saúde bucal na qualidade de vida, 4,7% (n=10) das crianças apresentaram um impacto médio da saúde bucal na qualidade de vida e 01 criança (0,5%) apresentou forte impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

A média dos escores por quesito podem ser observados na Tabela 1. Percebe-se que os itens “dor de dente” (0,72), “responsável sentiu-se culpado pela condição de saúde bucal do filho” (0,44) e “dificuldade de comer devido a problema nos dentes” (0,41), foram os que receberam pontuações mais altas, contribuindo negativamente para a qualidade de vida, enquanto que “evitou falar devido a problema nos dentes” (0,07), “dificuldade em pronunciar palavras” (0,08) e “impacto financeiro por tratamento dentário” (0,1) foram os de menor pontuação.

Na sessão do **impacto na criança** as questões que demonstraram maiores médias foram “dor de dente” (0,72), “dificuldade de comer devido a problema nos dentes” (0,41), “dificuldade de dormir devido a problema nos dentes” (0,38) e “dificuldade de beber devido a problema nos dentes” (0,38) e na sessão de **impacto na família** as questões que demonstraram maiores médias foram “responsável sentiu-se culpado pela condição de saúde bucal do filho” (0,44) e “responsável ficou aborrecido devido a problemas nos dentes do filho” (0,33), conforme a Tabela 1.

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

Em relação aos valores obtidos por meio da aplicação do AUQEI, a amplitude de pontuação variou de 15 a 78 (de um total de 78 pontos), com média de 52,1 (DP: 9,6). Observou-se que a maioria das crianças (n=145, 67,4%) obteve um escore maior que 48, o que é classificado como uma qualidade de vida satisfatória (Tabela 2).

Na avaliação das médias dos escores por domínio (Tabela 2), observou-se que o Domínio Autonomia foi o que mais influenciou negativamente na qualidade de vida (1,67) e o Domínio Lazer foi o que mostrou grau de satisfação mais elevado (2,34).

Percebe-se que o perfil obtido das respostas mostrou grau de satisfação elevada para a maioria dos itens (maior que 1,5). Onde o item que apresentou maior satisfação foi “no dia do aniversário” (2,51) “à mesa junto a família” (2,44) e “quando assiste TV”(2,34) e os de maior insatisfação foram “quando fica internado” (1,03), “quando fica longe da família” (1,09) e “quando vai ao médico” (1,42).

Partindo-se para uma análise bivariada, a Tabela 3 mostra a prevalência de cárie dentária em relação às variáveis de ordem sociodemográficas, pelo teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$). Verificou associação estatisticamente significativa entre a presença de cárie e a renda mensal familiar ($p = 0,004$), tipo de escola da criança ($p = 0,001$) e tipo de moradia (0,006).

Analisando também a associação entre cárie dentária e qualidade de vida, baseada na classificação do B-ECOHIS e AUQEI, a Tabela 4, na parte superior apresenta a relação entre cárie dentária e qualidade de vida, baseada na classificação do B-ECOHIS. Observou-se forte associação entre a presença de cárie dentária e a influência da saúde bucal na qualidade de vida (teste Qui-quadrado, $p < 0,05$). A parte inferior da Tabela 4 apresenta a relação entre cárie dentária e qualidade de vida, baseada na classificação do AUQEI. Não se observou diferença estatisticamente significativa (Teste Qui-quadrado, $p = 0,671$).

Quanto a relação entre qualidade de vida e condições sociodemográficas, a classificação da qualidade de vida da criança não apresentou associação estatisticamente significativa com nenhuma variável sociodemográfica, conforme ilustrado na Tabela 5.

DISCUSSÃO

A cárie dentária ainda é considerada um grave problema de saúde pública²⁰. Embora exista uma diminuição na prevalência de cárie em crianças brasileiras, a mesma ainda se

mantém alta em grupos específicos da população. Sendo estes caracterizados por uma menor renda, menor nível de educação e piores condições de higiene bucal, ou seja, há uma polarização da doença, com concentração e aumento da necessidade de tratamento em uma pequena parcela da população ²¹.

Por esse motivo, neste estudo, optou-se por avaliar, associado à prevalência da cárie dentária, os dados sociodemográficos das famílias envolvidas e constatou-se que a renda mensal familiar, o tipo de moradia da criança e o tipo de escola que estuda apresentaram relação estatisticamente significativa com a presença de cárie dentária. Em uma revisão de literatura, Brizon e colaboradores⁹ observaram que a maioria dos estudos analisados também apresentaram associação estatística significativa entre a prevalência de cárie dentária e os índices socioeconômicos, principalmente no tocante a escolaridade dos pais e renda familiar.

Constatou-se neste estudo, que as crianças apresentaram um ceo-d médio de 3,53 e que apenas 35,9% da população estudada estavam livres da cárie dentária, valores muito aquém das metas sugeridas pela Organização Mundial de Saúde¹⁴ para 2010, onde havia indicação de que 90% das crianças com 5 anos estivessem livres de cárie. O estudo mais recente em âmbito nacional, o SB Brasil 2010²², encontrou uma média de ceo-d aos 5 anos de idade de 2,43, valor aquém ao encontrado neste estudo. No entanto, o valor do ceo-d nas cidades do interior do nordeste foi de 3,94, corroborando com os valores obtidos na presente pesquisa.

Embora as crianças com maior renda mensal familiar e estudantes de escolas particulares apresentem maior probabilidade de estarem livres da cárie dentária, a avaliação da distribuição do percentual de dentes cariados, com extração indicada e obturados, segundo a renda familiar e o tipo de escola, demonstrou um alto percentual do componente não tratado da doença nas crianças enquadradas nestas categorias.

Com relação à distribuição dos componentes do ceo-d baseada no tipo de escola da criança, 60% dos dentes restaurados eram em alunos de escolas públicas, em detrimento a 40% de escolas particulares, o que sugere uma certa negligência dos pais no controle da doença, ou mesmo a não valorização da dentição decídua, embora apresentem um poder aquisitivo maior e teoricamente maior acesso aos serviços de saúde. Os dados ainda podem sugerir que há bom funcionamento dos serviços de saúde pública local, facilitando o acesso à saúde da população de menor renda.

A alta prevalência de cárie dentária encontrada na população estudada pode estar relacionada a não fluoretação das águas de abastecimento público na localidade e ao baixo incentivo a políticas públicas preventivas em saúde, tendo um enfoque mais individual e abordagem tecnicista. A atenção preventiva e promocional deve ser realizada de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida²³.

Mensurar qualidade de vida é um dever árduo, uma vez que a sua avaliação é muito subjetiva e de difícil quantificação. Nenhum instrumento ainda conseguiu abranger todas as informações necessárias¹⁹ e, por esse motivo, no presente trabalho, optou-se por utilizar dois instrumentos para avaliação da qualidade de vida infantil, diferentemente da maioria dos outros trabalhos^{4, 11}.

A escolha, especificamente, por esses dois instrumentos (AUQEI e B-ECOHIS), se deu devido ao primeiro ser respondido pela própria criança, ser de fácil entendimento e aplicação na faixa etária estudada e já ser traduzido e validado para utilização na língua portuguesa e por o B-ECOHIS ser respondido pelos pais, direcionado para avaliação da influência da saúde bucal na qualidade de vida da criança e da família e por ser o instrumento de escolha da maioria dos trabalhos nessa área⁶. Sendo, portanto, capaz de se obter no presente estudo, as duas percepções sobre a qualidade de vida da criança, a da própria criança e dos seus respectivos pais.

Apenas 9% dos estudos realizados com crianças, envolveram avaliações feitas pelas próprias crianças. A avaliação do impacto dos agravos bucais a partir do relato da criança possibilita a compreensão de como ela se sente em relação à sua condição bucal, permitindo uma complementação da avaliação normativa realizada pelo profissional²⁴.

A maioria opta por avaliar qualidade de vida por meio da resposta dos responsáveis. Crianças geralmente diferem dos adultos em relação à visão da qualidade de vida, enquanto os adultos a avaliam de uma forma mais prática, pela capacidade de viver independentemente, para as crianças esse fato podem estar relacionado a algo mais imaginário, como ter muitos amigos, correr no parque ou vestir roupas bonitas²⁵.

Talvez seja esse o motivo pelo qual a relação entre cárie dentária e qualidade de vida apresentou resultados distintos em relação aos dois questionários utilizados nesse estudo. A avaliação da qualidade de vida obtida pelo AUQEI não mostrou associação estatisticamente significativa com a presença de cárie dentária, enquanto que o B-ECOHIS detectou essa

associação altamente significativa, constatando que existem 3,49 possibilidades a mais da qualidade de vida ser prejudicada em virtude da presença de cárie dentária.

Observou-se que a cárie dentária pode provocar um impacto negativo na vida da criança e de sua família, uma vez que o sentimento de dor, desconforto, dificuldades para dormir, se alimentar e irritação, foram os itens de maior impacto na qualidade de vida, baseada na avaliação do B-ECOHIS. No entanto, em relação à socialização, esta não foi afetada nas crianças do referido estudo, uma vez que o Domínio da Interação Social foi o que sofreu menor impacto em relação à condição de saúde bucal.

Algumas equivalências nas respostas aos dois questionários foram detectadas, confirmando a confiabilidade dos instrumentos utilizados. A dificuldade para dormir foi um dos itens de maior impacto na qualidade de vida baseada na avaliação do B-ECOHIS, corroborando com essa afirmativa, por meio da aplicação do AUQEI pôde-se perceber que os itens relacionados ao sono da criança: “quando deita” e “à noite, ao dormir”, receberam uma das menores médias, permanecendo abaixo dos escores relacionados à satisfação (2- feliz; 3- muito feliz), demonstrando o quanto a dor e o desconforto, ocasionado pela cárie dentária, interfere no sono das crianças, impactando negativamente na qualidade de vida. Estudos como os de Gradella et al ²⁶ confirmam tal afirmação.

Outro fator foi com relação a autoimagem, pôde-se observar que no B-ECOHIS esse foi o domínio de segundo menor impacto (0,11) e na avaliação pelo AUQEI, o sentimento da criança ao ver uma foto sua, mostrou média satisfatória (2,14), com respostas oscilando entre feliz e muito feliz. Esse fator pode ser explicado pela pouca idade da população estudada, uma vez que, de acordo com a avaliação do desenvolvimento psicológico da criança, somente a partir dos 6 anos de idade é que se inicia a preocupação com a autoimagem e a comparação com outras crianças²⁷.

Embora a classificação da qualidade de vida por meio do AUQEI não tenha apresentado correlação estatisticamente significativa com a presença de cárie dentária, essa associação pôde ser encontrada quando da avaliação dos quesitos individualmente. Observou-se que as crianças com presença de cárie dentária relataram sentirem-se mais tristes durante realização de todas as atividades elencadas no questionário, com exceção de “como se sente no dia do aniversário”, em detrimento das crianças livres de cárie. Entretanto, apenas as ações: “como você se sente à noite, ao dormir”, “quando pratica esporte (brinca)”, “quando

brinca sozinho” e “quando os amigos falam de você” apresentaram correlação estatisticamente significativa.

Corroborando com esses achados, na avaliação, por quesito, do B-ECOHIS, constatou-se que as crianças com presença de cárie relataram um maior percentual de respostas afirmativas ao questionário em todos os quesitos, demonstrando um maior impacto na qualidade de vida nas crianças com cárie dentária. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a doença e a maioria dos quesitos, exceto: “dificuldade em pronunciar palavras”, “evitou sorrir”, “responsável ficou aborrecido” e “impacto financeiro por tratamento”.

Na avaliação da qualidade de vida pelo B-ECOHIS, observou-se que o domínio da Angustia dos Pais apresentou a segunda maior média, ficando atrás apenas do Domínio dos Sintomas, o que quer dizer que os pais se sentem culpados pela condição de saúde bucal dos seus filhos, no entanto, esses mesmos pais não tomam uma atitude de sanar essa doença, já que ela é passível de controle e socialmente evitável. Esse fato pode ser comprovado pela alta prevalência de cárie dentária encontrada nesse estudo (65,1%), com 92,6% do componente cariado.

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

No presente trabalho o Domínio dos Sintomas foi o que causou maior impacto na qualidade de vida, sendo a dor, um dos problemas mais frequentes nas crianças com cárie dentária.

Não foi identificada relação estatisticamente significativa entre os fatores sociodemográficos e a qualidade de vida em nenhum dos dois instrumentos utilizados. No entanto, pôde-se constatar que tanto as crianças, como seus familiares, apresentam a qualidade de vida comprometida em função das alterações bucais. Sabendo-se, portanto, que a condição de saúde bucal sofre bastante influência dos fatores sociodemográficos, como já abordado anteriormente, não se pode dissociar a avaliação da qualidade de vida das condições socioeconômicas.

De acordo com os resultados observados neste estudo, observou-se que existe alta prevalência de cárie dentária na população estudada, com percentual elevado do componente não tratado da doença, há relação entre a presença de cárie e os fatores sociodemográficos, além da forte influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida da criança, entretanto, não há associação entre os fatores sociodemográficos e a qualidade de vida.

Ademais, o conhecimento dos determinantes sociais em saúde através dos estudos de qualidade de vida e suas relações com o processo saúde/doença nos diferentes grupos populacionais é de grande relevância para direcionar o planejamento em saúde pública, pois as desigualdades sociais podem levar a fatores de risco comuns a diversas doenças, incluindo as orais²⁸.

Dessa maneira, o conhecimento desses dados possibilita uma adequação dos cuidados em saúde, assim como, uma reorientação dos gastos públicos, com atividades preventivas e assistenciais, direcionadas à melhoria das condições de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida da criança.

REFERÊNCIAS

1. Gottardo AC, Webber LP, Rossa J, Arossi GA. Perda dental anterior influencia a qualidade de vida relacionada a saúde oral. *Revista de Iniciação Científica da ULBRA Canoas* 2015; 13: 60-70.
2. Eskenazi SEM, Sousa KG, Agostini LTP, Barbosa TS, Castelo PM. Avaliação da experiência de cárie e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de escolares. *Fortaleza: Rev Bras Promoç Saúde* 2015; 28(2): 198-205.
3. Massarente DB, Domaneschi C, Marques HH, Andrade SB, Goursand D, Antunes JLF. Oral health-related quality of life of paediatric patients with AIDS. *BMC Oral Health* 2011; 11(2).
4. Ramos-Jorge J, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Marques LS, Paiva SM. Impact of untreated dental caries on quality of life of preschool children: different stages and activity. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013.
5. Macedo A, Macena MCB, Rodriguez RQF. Autopercepção sobre saúde bucal dos usuários do restaurante popular de Patos/PB. *Revista Saúde e Ciência On line* 2015; 4(1): 41-51.
6. Kumar S, Kroon J, Lalloo R. A systematic review on the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12(1):41.
7. Piovesan C, Mendes FM, Ferreira FV, Guedes RS, Ardenghi TM. Socioeconomic inequalities in the distribution of dental caries in Brazilian preschool children. *J Public Health Dent* 2010; 70(4): 319-26.

8. Figueiredo MC, Peixoto LT, Covatti F, Silva KVCL, Jardim LE. Saúde Bucal de Pessoas em Situação de Pobreza Extrema Residentes em um Município no Sul do Brasil. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2014; 16(1): 45-50.
9. Brizon VC, Melo RR, Zarzar PM, Gomes VE, Oliveira ACB. Indicadores socioeconômicos associados à cárie dentária: uma revisão crítica. Montes Claros: *Revista Unimontes Científica* 2015; 1(16).
10. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365(9464):1099-104.
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; Aug; 41(4):336-44.
12. Cochran WG. *Sampling Techniques*. 1977; Third Edition. Nova Iorque: Wiley.
13. Brasil, Ministério da Saúde. SB Brasil 2003 [Internet]. Acesso em: 03 mar 2016. Disponível em: <www.saude.gov.br>.
14. Who. World Health Organization. *Oral Health Surveys, basic methods*. 1997; 4nd ed. Geneva, WHO.
15. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad Saude Publica* 2008; 24:1897-1909.
16. Oliveira LB, Sheiham A, Bönecker M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci* 2008; 116:37-43.
17. Melo MMDC, Souza WV, Lima MLC, Braga C. Fatores associados à cárie dentária em pré-escolares do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(3): 471-485.
18. Manificat S, Dazord A. Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: alidation d'un questionnaire, premiers résultats. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1997; 45(3):106-114.
19. Assumpção Jr FB, Kuczynski E, Sprovieri MH, Aranha EMG. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI – Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé): Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(1): 119-127.
20. Rebelo STCP, Santanna GR. Prevalência de cárie dental em escolares de 12 anos na rede municipal de ensino de Parnaíba Piauí. *Rev. Interd. Ciên. Saúde* 2015.
21. Ramadan YH, Koltermann AP, Piovesan C. Cárie dentária em crianças brasileiras: tendência e polarização. *Disciplinarum Scientia* 2014; 15(1):137-146.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde, 2012. Brasília: Ministério da Saúde.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, *Cadernos Humaniza SUS*. 2010. 1:242.

24. Diniz ACS, Silva FAC, Penha KJS, Leal AMA, Ferreira MC. Cárie dentária e qualidade de vida de crianças maranhenses atendidas na Universidade Ceuma. FOL - Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep 2015; 25(2): 5-10.
25. Landgraf JM. Measuring and monitoring quality of life in children and youth: a brief commentary. International Journal of Public Health 2001; 46(5): 181-2.
26. Gradella CM, Bernabe E, Bonecker M, Oliveira LB. Caries prevalence and severity, and quality of life in Brazilian 2- to 4-year-old children. Community Dent Oral Epidemiol 2011.
27. Abanto J, Carvalho TS, Bonecker M, Ortega AO, Ciamponi AL, Raggio DP. Relatos dos pais da qualidade de saúde oral de vida de crianças com paralisia cerebral. BMC Saúde Bucal 2012.
28. Nova FAV, Ambrosano GMB, Pereira SM, Pereira AC, Meneghin MC Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. Rio de Janeiro: Rev Bras Med Fam Comunidade 2015; 10(34):1-10.

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

<i>Quesitos do B ECOHIS por domínio</i>	Média dos escores por quesito [0-nunca – 4- Com muita frequência]	Média por domínio
	Média	
Sub-escala CRIANÇA		
Domínio dos Sintomas		
1.Sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares	0,72	0,72
Domínio das limitações		
2.Teve dificuldade em beber bebidas quente ou fria	0,38	
3.Teve dificuldade para comer certos alimentos	0,41	
4.Teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra	0,08	0,25
5a.Já faltou à creche, jardim de infância ou escola	0,19	
5b.Deixou de fazer alguma atividade diária (brincar)	0,20	
Domínio dos Aspectos Psicológicos		
6.Teve dificuldade em dormir	0,38	
7.Já ficou irritada	0,37	0,37
Domínio da Auto-imagem		
8.Já evitou sorrir	0,11	0,11
Domínio da Interação Social		
9.Já evitou falar	0,07	0,07
Sub-escala FAMÍLIA		
Domínio da Angústia dos Pais		
10.Ficou aborrecida	0,33	
11.Já se sentiu culpada	0,44	0,38
Domínio da Função Familiar		
12.Já faltou ao trabalho	0,17	0,13
13.Já teve impacto financeiro por tratamento	0,10	

Tabela 2. Média dos escores por domínio do AUQUEI, Patos-PB.

<i>AUQUEI</i>	Média dos escores por item [0-muito infeliz – 3- muito feliz]	Média por Domínio
DOMÍNIO FUNÇÃO		
à mesa, junto com sua família	2,44	
à noite, quando você se deita	1,93	
na sala de aula	2,23	1,98
à noite, ao dormir	1,89	
quando você vai a uma consulta médica	1,42	
DOMÍNIO FAMÍLIA		
se você tem irmãos, quando brinca com eles	2,06	
quando você pensa no seu pai	2,15	
quando você pensa na sua mãe	2,19	2,11
quando seu pai ou sua mãe falam de você	1,98	
alguém te pede que faça algo que sabe	2,17	
DOMÍNIO LAZER		
no dia do seu aniversário	2,51	2,34
durante as férias	2,28	
quando você está com seus avós	2,21	
DOMÍNIO AUTONOMIA		
quando você brinca sozinho (a)	1,46	
quando você dorme fora de casa	1,74	
quando os amigos falam de você	1,82	1,67
quando você está longe da sua família	1,09	
quando você recebe as notas da escola	2,25	

Tabela 3. Associação entre a presença de cárie dentária e os fatores sociodemográficos, Patos-PB.

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

(1) teste Qui-quadrado / *Significante ao nível de 5% (p<0,05)

Tabela 4. Associação entre experiência de cárie dentária e qualidade de vida pelo B-ECOHIS e AUQEI, Patos-PB.

Variável	CÁRIE DENTÁRIA			Valor de p
	Ausente	Presente	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Qualidade de vida relacionada a saúde bucal pelo B-ECOHIS				
Sem Impacto	52 (48,6)	55 (51,4)	107 (100,0)	0,0001
Com Impacto	23 (21,3)	85 (78,7)	108 (100,0)	
Qualidade de vida da criança pelo AUQEI				
Prejudicada	26 (37,1)	44 (62,9)	70 (100,0)	0,671
Satisfatória	48 (33,1)	97 (66,9)	145 (100,0)	

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

Tabela 5. Associação entre qualidade de vida (AUQEI) e fatores sociodemográficos, Patos-PB.

Variável	QUALIDADE DE VIDA AUQEI			Valor de p ⁽¹⁾
	Prejudicada n (%)	Satisfatória n (%)	Total n (%)	
Variáveis crianças				
Sexo				
Masculino	36 (30,5)	82 (69,5)	118 (100,0)	0,287
Feminino	34 (35,1)	63 (64,9)	97 (100,0)	
Variáveis sociodemográficas				
Escolaridade chefe família				
Analfabeto	13 (34,2)	25 (65,8)	38 (100,0)	0,983
Ensino fundamental incompleto	10 (28,6)	25 (71,4)	35 (100,0)	
Ensino fundamental completo	27 (33,3)	54 (66,7)	81 (100,0)	
Ensino médio	14 (31,8)	30 (68,2)	44 (100,0)	
Ensino superior	6 (35,3)	11 (64,7)	17 (100,0)	
Renda mensal familiar				
< 1 salário mínimo	36 (40,4)	53 (59,6)	89 (100,0)	0,105
1 – 2 salário mínimo	29 (28,2)	74 (71,8)	103(100,0)	
≥3	5 (21,7)	18 (78,3)	23 (100,0)	
Quantidade de pessoas no domicílio				
< 6 pessoas	61 (31,9)	130 (68,1)	191 (100,0)	0,581
≥ 6 pessoas	9 (37,5)	15 (62,5)	24 (100,0)	
Tipo de creche				
Pública	52 (33,8)	102 (66,2)	154 (100,0)	0,553
Privada	18 (29,5)	43 (70,5)	61 (100,0)	
Zona do domicílio				
Rural	15 (36,6)	26 (63,4)	41 (100,0)	0,541
Urbana	55 (31,6)	119 (68,4)	174 (100,0)	
Tipo de Moradia				
Própria	37 (39,4)	57 (60,6)	94 (100,0)	0,234
Financiada	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (100,0)	
Alugada	24 (29,3)	58 (70,7)	82 (100,0)	
Cedida	7 (23,3)	23 (76,7)	30 (100,0)	

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

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados observados neste estudo, observou-se que existe alta prevalência de cárie dentária na população estudada, com percentual elevado do componente não tratado da doença, há associação entre a presença de cárie e os fatores sociodemográficos, além da forte influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida da criança, entretanto, não há relação entre os fatores sociodemográficos e a qualidade de vida.

Dessa maneira, o conhecimento desses dados possibilita uma adequação dos cuidados em saúde, assim como, uma reorientação dos gastos públicos, com atividades preventivas e assistenciais, direcionadas à melhoria das condições de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida da criança.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE CÁRIE DENTÁRIA, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E QUALIDADE DE VIDA DE PRÉ-ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE PATOS/PB, sob orientação da Profa. Dra. Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa, tendo como pesquisador responsável a aluna de graduação Edila Pablizia Cavalcante Batista.

1. JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

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

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

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

2. DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

Sendo o exame clínico um procedimento não-invasivo, não há desconforto iminente durante a sua realização. Os riscos relativos à participação do aluno e seus pais nessa pesquisa são mínimos e irrelevantes e os benefícios que os mesmos terão, serão diretos, relativos ao desenvolvimento de motivação para bons hábitos e melhoria da saúde bucal e conseqüentemente melhorias no bem-estar e na qualidade de vida.

3. FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

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

4. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E SIGILO

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

O pesquisador tratará sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados dessa pesquisa poderão ser enviados ao Sr(a). e permanecerão confidenciais, conforme sua solicitação. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, incluindo divulgação de imagens, se for o caso. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Odontologia da UFCG – CSTR e pelo Comitê de Ética da Universidade Cruzeiro do Sul. Outra cópia será fornecida a você após assinatura de todas as partes.

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

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

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

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

Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador responsável:

Edila Pablizia Cavalcante Batista, no telefone (83) 99650 5010 e email edilapablizia@gmail.com;

ou o(a) professor(a) orientador(a):

Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa, e-mail falqueiroz@hotmail.com

ou o Comitê de Ética da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Ussiel Cirilo 225, São Miguel Paulista, 08060-070, São Paulo, SP.

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

Nome	Assinatura do Participante e representante legal do menor	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador/estudante	Data
Nome	Assinatura do Professor/orientador	Data

APÊNDICE B - Questionário de Avaliação Socioeconômica

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

1. Dados gerais

Dados da criança:

Nome: _____

Escola/Creche: _____

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

Peso da criança ao nascer: _____

Dados do responsável:

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

Parentesco com a criança: _____

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

2. Avaliação socioeconômica

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

Se sim, estudou até que série?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| (0) Somente a alfabetização | (4) 2° grau completo |
| (1) 1ª a 4ª série | (5) Superior incompleto |
| (2) 5ª a 8ª série | (6) Superior completo |
| (3) 2° grau incompleto | |

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

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

(Q. 04) Renda mensal familiar

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| () acima de 08 salários mínimos | () entre 05 e 08 salários mínimos |
| () entre 03 e 04 salários mínimos | () entre 01 e 02 salários mínimos |
| () abaixo de 01 salário mínimo | |

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

Condição:

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

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

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

Total de cômodos: _____

APÊNDICE C - Ficha de Avaliação da Saúde Bucal

FICHA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO

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

CÁRIE DENTÁRIA – CPO-D/ceo-d

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

ceo-d : _____

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

www.cruzeirosul.edu.br

 **Universidade
Cruzeiro do Sul**

Anália Franco
Av. Repente Feijó, 1295
03342-000 São Paulo SP
T F 55 11 2672 6200

Pinheiros
R. Butantã, 285
05424-140 São Paulo SP
T F 55 11 3030 4000

Liberdade
R. Cévio Bueno, 868
01506-000 São Paulo SP
T F 55 11 3385 3000


São Miguel
Av. Dr. Uslei Cirio, 225
08060-070 São Paulo SP
T F 55 11 2037 5700

Comitê de Ética

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética da Universidade Cruzeiro do Sul **APROVOU** o protocolo do projeto de pesquisa intitulado ***“Cárie dentária e qualidade de vida de crianças de 5 anos de idade do município de Patos-PB”***, protocolo CE/UCS-140/2013, apresentado por ***Faldryene de Souza Queiroz***.

São Paulo, 30 de Setembro de 2013.



Prof. Dr. José Angelo Barela
Presidente do Comitê de Ética
Universidade Cruzeiro do Sul

Observação: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a Comissão de Ética, o relatório final sobre a pesquisa (RESOLUÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE Nº 196, 10/10/1996, inciso 9.2, letra “c”)

ANEXO B – Questionário B-ECOHIS

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

ESCOLA: _____

NOME DA CRIANÇA: _____

RESPONSÁVEL: _____

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

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

ANEXO C- Questionário AUQEI

AUQEI – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Escola: _____ Código da Criança: _____ Gênero: _____

Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê: _____

Algumas vezes você está infeliz? Diga por quê: _____

Algumas vezes você está feliz? Diga por quê: _____

Algumas vezes você está muito feliz? Diga por quê: _____



Diga como você se sente:	MI (0)	I (1)	F (2)	MF (3)
1- à mesa, junto com sua família				
2- à noite, quando você se deita				
3- se você tem irmãos, quando brinca com eles				
4- à noite, ao dormir				
5- na sala de aula				
6- quando você vê uma fotografia sua				
7- em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar				
8- quando você vai a uma consulta médica				
9- quando você pratica um esporte				
10- quando você pensa no seu pai				
11- no dia do seu aniversário				
12- quando você faz lições de casa				
13- quando você pensa na sua mãe				
14- quando você fica internado no hospital				
15- quando você brinca sozinho (a)				
16- quando seu pai ou sua mãe falam de você				
17- quando você dorme fora de casa				
18- quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer				
19- quando os amigos falam de você				
20- quando você toma os remédios				

21- durante as férias				
22- quando você pensa em quando estiver crescido				
23- quando você está longe da sua família				
24- quando você recebe as notas da escola				
25- quando você está com seus avós				
26- quando você assiste televisão				

ANEXO D - Códigos e Critérios do ceo-d

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

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

ANEXO E - Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da Saúde Coletiva em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 Artigos:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 Debate:** artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.5 Fórum:** seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;
- 1.6 Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras).
- 1.7 Questões Metodológicas:** artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.8 Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.9 Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

- 2.2** Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1.

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New

- Roman, tamanho 12.
- 12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15** *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
- 12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18** *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.19** *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.
- 12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.24** As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
- 12.26** *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a Secretaria Editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

ANEXO F - Comprovante de Envio do Artigo

O novo artigo foi submetido com sucesso!

Login: [EdilaCavalcante](#) Português English Español



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

CSP_0864/16

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Data de submissão	19 de Maio de 2016
Título	ASSOCIAÇÃO ENTRE CÁRIE DENTÁRIA, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS
Título corrido	CÁRIE, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E QUALIDADE DE VIDA.
Área de Concentração	Epidemiologia
Palavras-chave	Cárie dentária, Fatores socioeconômicos, Qualidade de Vida, Saúde Bucal
Fonte de Financiamento	Nenhum
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na Declaração de Helsinki, além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
Registro Ensaio Clínico	140/2013 (ClinicalTrials.gov)
Sugestão de consultores	Nenhum
Autores	Edila Pabízia Cavalcante Batista (Universidade Federal de Campina Grande) <edilapabízia@gmail.com> Larissa Lima Leônico (Universidade Federal de Campina Grande) <lari.leoncio@gmail.com> Luciana Ellen Dantas Costa (Universidade Federal de Campina Grande) <ellendantascosta@yahoo.com.br> Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa (Universidade Federal de Campina Grande) <falqueiroz@hotmail.com>
STATUS	Com Secretária Editorial