

Raquel Marques Pereira

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE
ESTUDANTES DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE ENSINO
FUNDAMENTAL DA CIDADE ESTRUTURAL,
DISTRITO FEDERAL

Brasília
2016

Raquel Marques Pereira

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE
ESTUDANTES DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE ENSINO
FUNDAMENTAL DA CIDADE ESTRUTURAL,
DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Dias Ribeiro.

Brasília
2016

À minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo encorajamento diário, por sua proteção e inspiração Divina e por permitir-me a conclusão de uma jornada.

Aos meus pais, Francismar e Evaneide e aos meus irmãos, Tiago e Davi por toda dedicação e tempo em mim investido, por todo incentivo emocional e financeiro que proporcionaram o meu crescimento pessoal e intelectual.

Ao meu esposo Leonardo, que têm sido em todos esses anos meu incentivador e grande admirador da minha futura profissão, por ser meu porto seguro e por dividir comigo meus anseios e expectativas, em especial por abrir mão de seus momentos de lazer e descanso para me acompanhar nos estudos.

Ao meu querido Avô Manoel, que já não se encontra mais entre nós, mas que acreditou na realização desse momento.

À minha querida e dedicada professora orientadora, Dra. Ana Paula Dias Ribeiro, que esteve presente comigo em todos os momentos da graduação, por apresentar-me o meio científico, por todas as oportunidades que me foram dadas e por ser muito mais que professora.

Aos meus queridos e inspiradores professores Dra. Soraya Leal, Dr. Jorge Faber, Dra. Fernanda Garcia e Ms. Renata Cabral, por serem exemplos de profissionais e por todo o conhecimento que gentilmente dividiram comigo.

Às crianças envolvidas nesse estudo, aos pacientes do Hospital Universitário e SESC, por fazer-me notar que odontologia vai além de boca e dentes, por permitirem a ampliação da minha aprendizagem.

EPÍGRAFE

"Há uma força motriz mais poderosa que o vapor, a eletricidade e a energia atômica: a vontade."

Albert Einstein

RESUMO

Pereira, R.M. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de estudantes das escolas públicas de ensino fundamental da cidade Estrutural, Distrito Federal, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Objetivo Avaliar o impacto das condições sociais e de saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 6 a 8 anos das escolas de Ensino Fundamental da Cidade Estrutural (DF).

Metodologia O estudo transversal incluiu 484 crianças, de duas escolas públicas. As crianças foram submetidas a exame clínico oral por meio do índice CAST e à entrevista de acordo com o índice de impacto bucal no desempenho diário, Criança-OIDP.

Os dados do Criança-OIDP foram comparados aos dados do CAST. Os pais ou responsáveis foram submetidos ao questionário socioeconômico. Os dados foram submetidos à análise bivariada (qui-quadrado) e de regressão logística multivariada.

Resultados A prevalência de cárie mensurada pelo CAST foi de cerca de 69% (escore 3-8), 62,19% (301 crianças) apresentaram impacto negativo de saúde oral, nos últimos 3 meses, em pelo menos um dos itens avaliados. O desempenho diário que apresentou maior prevalência de impacto negativo foi o desempenho comer compreendendo 31% da amostra, seguido de sorrir 25,41% e contexto emocional 24,79%. O índice de Child-OIDP indicou que as crianças eram capazes de perceber a influência das condições bucais na sua qualidade de vida. Além disso, tanto a presença de dor (OR: 1,71; IC 95%: 1,03-2,83) como o score CAST individual (OR: 1,11; IC 95%: 1,03-1,21) apresentaram associação significativa na qualidade de vida. Com relação às características sócio-demográficas, observou-se que a renda mensal e o relato do filho ter apresentado dor nos últimos 3 meses foram significativamente associadas ao impacto negativo na qualidade de vida das crianças.

Conclusão A saúde bucal teve impacto decisivo na qualidade de vida dos escolares da cidade Estrutural, sendo que as atividades de comer, sorrir, seguida por contexto social foram as mais afetadas.

ABSTRACT

Pereira, R.M. Oral health Impact on the quality of life of students in public elementary schools of Estrutural – Federal District. 2016 .Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasilia.

Purpose: To evaluate the impact of oral health and social conditions on the quality of life of the elementary school children from Estrutural (DF).

Methods: This cross-sectional study comprised of 484 children, from two public elementary schools. Children were submitted to dental examination, using the index CAST and to the interview using the Child-Oral Impact on Daily Performance index. Data from the Child-OIDP were compared to CAST data Besides, the parents answered a socioeconomic questionnaire. Data were submitted to bivariate analysis (chi-square) and multivariate logistic regression.

Results: The prevalence of caries measured by CAST was about 69% (score 3-8), 62,19% (301 children) presented a negative impact of oral health on the last 3 months at least in one of the evaluated items. The daily performance that presented the highest prevalence of negative impact was eating comprising 31% of the sample (149 children), followed by smiling 25,41% and emotion 24,79%. The Child-OIDP index indicated that children were able to perceive the influence of the oral conditions on their quality of life. Moreover, both the presence of pain (OR: 1,71; 95% CI: 1,03-2,83) and individual CAST score (OR: 1,11; 95% CI: 1,03-1,21) were significantly associated with daily performance.

Conclusions: That oral health has a decisive impact on the daily performance in children of Estrutural, and the performance related to eating, smiling and emotion were the most affected.

SUMÁRIO

Artigo Científico	17
Folha de Título	19
Resumo	21
Abstract	25
Introdução.....	27
Materiais e Métodos	29
Resultados.....	34
Discussão	45
Referências	50
 Anexos.....	 53
Normas da Revista.....	53
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
Questionários	60

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

PEREIRA, Raquel Marques; LEAL, Soraya Coelho; RIBEIRO, Ana Paula Dias. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de estudantes das escolas públicas de ensino fundamental da cidade Estrutural, Distrito Federal.

Apresentado sob as normas de publicação da Revista Quality of Life Research

PÁGINA DE TÍTULO

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE ENSINO FUNDAMENTAL DA CIDADE ESTRUTURAL, DISTRITO FEDERAL

Oral health impact on the quality of life of students in public elementary schools of Estrutural – Distrito Federal

Raquel Marques Pereira¹
Soraya Coelho Leal¹
Ana Paula Dias Ribeiro¹

¹Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, Brazil. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília, DF, Brazil. Postal Code 70910-900.

Correspondência: Profa. Dra. Ana Paula Dias Ribeiro.
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF
E-mail: apauladr@yahoo.com / Telefone: (61) 31071849

RESUMO

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE ENSINO FUNDAMENTAL DA CIDADE ESTRUTURAL, DISTRITO FEDERAL

Resumo

Objetivo Avaliar o impacto das condições sociais e de saúde bucal na qualidade de vida de crianças de 6 a 8 anos das escolas de Ensino Fundamental da Cidade Estrutural (DF).

Metodologia O estudo transversal incluiu 484 crianças, de duas escolas públicas. As crianças foram submetidas a exame clínico oral por meio do índice CAST e à entrevista de acordo com o índice de impacto bucal no desempenho diário, Criança-OIDP.

Os dados do Criança-OIDP foram comparados aos dados do CAST. Os pais ou responsáveis foram submetidos ao questionário socioeconômico. Os dados foram submetidos à análise bivariada (qui-quadrado) e de regressão logística multivariada.

Resultados A prevalência de cárie mensurada pelo CAST foi de cerca de 69% (escore 3-8), 62,19% (301 crianças) apresentaram impacto negativo de saúde oral, nos últimos 3 meses, em pelo menos um dos itens avaliados. O desempenho diário que apresentou maior prevalência de impacto negativo foi o desempenho comer compreendendo 31% da amostra, seguido de sorrir 25,41% e contexto emocional 24,79%. O índice de Child-OIDP indicou que as crianças eram capazes de perceber a influência das condições bucais na sua qualidade de vida. Além disso, tanto a presença de dor (OR: 1,71; IC 95%: 1,03-2,83) como o score CAST individual (OR: 1,11; IC 95%: 1,03-1,21) apresentaram associação significativa na qualidade de vida. Com relação às características sócio-demográficas, observou-se que a renda mensal e o relato do filho ter apresentado dor nos últimos 3 meses foram significativamente associadas ao impacto negativo na qualidade de vida das crianças.

Conclusão A saúde bucal teve impacto decisivo na qualidade de vida dos escolares da cidade Estrutural, sendo que as atividades de comer, sorrir, seguida por contexto social foram as mais afetadas.

Palavras-chave

Impacto Bucal no Desempenho Diário da Criança, cárie dental, saúde bucal relacionada à qualidade de vida, Criança.

Relevância Clínica

A doença cárie assim como a presença de dor impacta de forma significativamente negativa no desempenho das atividades diárias de crianças incluindo a alimentação, convívio social e o bem-estar do indivíduo.

ABSTRACT

Oral health impact on the quality of life of students in public elementary schools of Estrutural – Distrito Federal

Abstract

Purpose: To evaluate the impact of oral health and social conditions on the quality of life of the elementary school children from Estrutural (DF).

Methods: This cross-sectional study comprised of 484 children, from two public elementary schools. Children were submitted to dental examination, using the index CAST and to the interview using the Child-Oral Impact on Daily Performance index. Data from the Child-OIDP were compared to CAST data Besides, the parents answered a socioeconomic questionnaire. Data were submitted to bivariate analysis (chi-square) and multivariate logistic regression.

Results: The prevalence of caries measured by CAST was about 69% (score 3-8), 62,19% (301 children) presented a negative impact of oral health on the last 3 months at least in one of the evaluated items. The daily performance that presented the highest prevalence of negative impact was eating comprising 31% of the sample (149 children), followed by smiling 25,41% and emotion 24,79%. The Child-OIDP index indicated that children were able to perceive the influence of the oral conditions on their quality of life. Moreover, both the presence of pain (OR: 1,71; 95% CI: 1,03-2,83) and individual CAST score (OR: 1,11; 95% CI: 1,03-1,21) were significantly associated with daily performance.

Conclusions: That oral health has a decisive impact on the daily performance in children of Estrutural, and the performance related to eating, smiling and emotion were the most affected.

Keywords

Child-Oral Impact on Daily Performance, dental caries, Oral health related quality of life, Child.

INTRODUÇÃO

Apesar das grandes conquistas associadas à saúde bucal nas últimas décadas, muitas pessoas em todo o mundo, especialmente àquelas socialmente mais vulneráveis, ainda são afetadas por problemas de ordem bucal, como a cárie e doença periodontal [1]. As doenças bucais continuam a ser classificadas como um dos problemas de saúde pública em virtude da sua alta prevalência e incidência, seu considerável impacto sobre os indivíduos e comunidades em termos de dor, sofrimento e comprometimento funcional e devido as suas marcantes iniquidades sociais que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo [2]. Portanto, a cárie dentária, uma doença altamente prevalente em crianças com múltiplos fatores causais (situação socioeconômica, hábitos alimentares, hábitos de higiene oral, entre outros) [3] interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos.

Um instrumento denominado Avaliação do espectro de cárie e tratamento, do inglês 'Caries Assessment Spectrum and Treatment' (CAST) foi desenvolvido devido à grande dificuldade de análise de resultados de estudos epidemiológicos quando eram utilizados, de forma separada os instrumentos de detecção de cárie PUFA E ICDAS II, o índice CAST descreve de maneira mais abrangente os estágios de detecção de lesões cariosas, incluindo presença de material selador, presença de material restaurador, lesão em esmalte e dentina, e estágios mais avançados da progressão da lesão de cárie, envolvendo tecido pulpar e região perirradicular do dente, este instrumento mescla características do CPOD, PUFA e ICDAS II [4].

Segundo a Organização Mundial de Saúde [5], "qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores que ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas,

padrões e preocupações”. Atualmente são vários os instrumentos que avaliam a qualidade de vida e que contemplam inúmeros fatores do bem-estar do paciente [6]. Os indicadores mais comuns de qualidade de vida relacionados à área da saúde são em forma de questionários, e esses instrumentos específicos são denominados genericamente de indicadores sócio dentais [7, 8]. Esses indicadores mensuram a extensão em que problemas dentários e bucais afetam a função social normal e trazem mudanças no comportamento, tais como a incapacidade para o trabalho, absenteísmo escolar, ou incapacidade de realizar atividades de rotina, ou seja, uma avaliação subjetiva multidimensional [6, 8]. Grande parte dos indicadores sócio dentais são destinados à população idosa ou adulta talvez pela facilidade de comunicação com essa faixa etária. Entretanto, índices específicos para crianças foram desenvolvidos com intuito de permitir a avaliação da qualidade de vida nessa população utilizando uma linguagem mais acessível e permitindo o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para essa faixa etária [9-12].

Um desses instrumentos foi o índice Impacto Bucal no Desempenho Diário da Criança (Criança-OIDP) do inglês *Child-Oral Impacts on Daily Performance (Child-OIDP)* que avaliou o impacto de condições de saúde bucal em atividades diárias realizadas por crianças. Apesar da significativa quantidade de estudos avaliando a relação entre saúde bucal e qualidade de vida, poucos estudos relataram como as condições bucais impactam nas atividades diárias das crianças. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de estudantes de 6 a 8 anos de escolas públicas de ensino fundamental, através do desempenho das atividades diárias, por meio do índice Criança-OIDP.

MATERIAIS E MÉTODOS

Caracterização da amostra

Um estudo transversal foi realizado na Cidade Estrutural do Distrito Federal com enfoque epidemiológico. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Brasília. Foi obtida permissão dos diretores das Escolas Públicas em que o estudo foi realizado. Todos os escolares de 6 a 8 anos foram das escolas públicas da região receberam o convite para participar do estudo por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) a ser assinado pelos pais e/ou responsável.

Das 680 crianças que tiveram o termo assinado, participaram do presente estudo 484 crianças, a perda amostral de 30% foi devido à mudança de escola, endereço e ausência devido às férias dos pais, visto que o estudo foi realizado nos 3 últimos meses de 2014 e nos 3 primeiros de 2015.

Estudo do Perfil Populacional da Área

Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD) realizada em 2015, a população estimada da Cidade Estrutural e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) era de 39.015 habitantes, sendo 47,80% do sexo masculino e 52,20% do sexo feminino. Da totalidade de habitantes 27,93% têm até 14 anos de idade. No grupo de 15 a 59 anos, encontram-se 66,96% do total, enquanto a faixa etária de 60 anos ou mais é representada apenas por 5,11% dos habitantes. O número de domicílios urbanos estimado era de 9.963 e a média de moradores por domicílio urbano foi de 3,92 pessoas. Em relação ao tipo de moradia, 92,40% dos domicílios são casas e 6,20% são barracos. Na averiguação da instrução 45,21% declararam ter nível fundamental incompleto, seguida de ensino médio completo, com 16,60%. Referente à ocupação dos moradores com mais de 10 anos de idade, 49,27% têm atividade

remunerada, 23,96% são estudantes e 9,60% encontram-se desempregados. A renda per capita da Cidade Estrutural e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA), corresponde a R\$ 521,80 (0,66 Salários Mínimos) [13].

Treinamento, Calibração

O treinamento da equipe, composta por 2 examinadores clínicos e 2 entrevistadores do questionário, foi realizado uma semana antes do início da coleta dos dados. Para o exame clínico, os examinadores foram treinados e calibrados para a utilização do índice CAST, o qual consiste em 10 códigos, de apenas um dígito, crescentes hierarquicamente; envolvendo desde lesões em esmalte a lesões em dentina com exposição pulpar. Treinamento e calibração ocorreram conforme instrui o manual [4]. O treinamento consistiu de uma aula teórica de duas horas ministrada por um examinador experiente e demonstração prática em 3 crianças da Clínica de Odontopediatria do Hospital Universitário de Brasília (HUB). A calibração também ocorreu na Clínica de Odontopediatria do HUB e após a avaliação de 5 crianças, os examinadores apresentavam-se calibrados no instrumento CAST. O kappa intra e inter examinador foi de 0,79-0,90, refletindo um alto grau de concordância.

Para aplicação do questionário Criança-OIDP foi realizado um treinamento com os dois aplicadores, a fim de calibrar a linguagem a ser utilizada com as crianças durante a entrevista. Não foi realizado um estudo piloto, visto que o questionário Criança-OIDP foi validado em português e considerado confiável por outros estudos [9-12].

Exame clínico

O exame clínico foi realizado nas próprias escolas em estrutura montada em sala disponibilizada para o estudo. Durante o exame clínico, além da presença de cárie por meio do instrumento CAST, também foram avaliados presença de dor,

índice de placa visível (IPV) e índice de sangramento gengival (ISG). As crianças foram solicitadas a informar sobre dentes dolorosos e apontar quais eram eles. O IPV foi avaliado pela inspeção visual nas superfícies vestibulares de todos os dentes, sem a utilização de corantes de placa, de acordo com o critério estabelecido em 1994 por Alaluusa [14]. Para o ISG, foi utilizada a sonda IPV nas superfícies vestibulares de todos os dentes, de acordo com os critérios propostos por Ainamo em 1975 [15]. Foi marcado como positivo quando o sangramento ocorreu até 10 segundos após a sondagem. Ao final dessa etapa, a placa dental foi removida pelos examinadores com uso de escova dental, dentífrico e fio dental. Com o auxílio de um anotador, luz, gaze e sonda IPV, o examinador pôde avaliar as superfícies dos dentes por meio do instrumento CAST de acordo com os escores: 0 (hígido); 1 (presença de selantes); 2 (presença de restauração); 3 (lesão de esmalte); 4 (sombra em dentina visível através do esmalte); 5 (cavitação nítida em dentina); 6 (envolvimento pulpar ou somente restos radiculares); 7 (presença de abscesso e/ou fístula); 8 (dente perdido por cárie); 9 (não corresponde às demais descrições).

Questionários sócio demográfico e Criança-OIDP

Os dados foram coletados por meio de 2 questionários: o primeiro era referente a dados sócio demográficos destinado aos pais e/ou responsáveis e continha perguntas relacionadas à renda familiar, ao provedor do domicílio, tempo em que o responsável do domicílio havia estudado, quantidades de cômodos utilizados como dormitórios e quantidade de pessoas que moravam no domicílio, renda familiar, julgamento sobre a necessidade de tratamento dentário para a criança, entre outras. O outro era sobre o impacto das condições bucais nas atividades diárias destinadas a criança e compreendia 2 seções. Na primeira realizava-se o auto relato da criança, cuja função do entrevistador limitou-se a guiar, por meio de exemplos, a

condição oral do entrevistado, considerando os últimos 3 meses. Essas condições incluíam Dor de dente; Dentes sensíveis; Cárie; Dente decíduo; Espaço entre os dentes; Dente quebrado; Cor do dente; Forma ou tamanho do dente; Posição do dente; Sangramento na gengiva; Gengiva inchada; Feridas na boca; Mau hálito; Dente nascendo. A segunda seção continha o índice Impacto Bucal no Desempenho Diário da Criança (Criança-OIDP), em forma de questionário, desenvolvido a partir da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens [16] e, adaptado por Locker para uso em odontologia [8].

Os escolares foram questionados, por meio de entrevista individual em local reservado a respeito das oito atividades diárias, respeitando a privacidade dos mesmos, diminuindo a chance de possíveis interferências dos demais colegas. A fim de facilitar o entendimento das perguntas, foram utilizados exemplos cotidianos durante a entrevista conforme a calibração inicial do instrumento.

Análise Estatística

A prevalência do impacto da saúde bucal nas atividades diárias foi determinada pela existência de impacto em pelo menos uma das oito atividades: (i) comer; (ii) falar; (iii) escovar os dentes; (iv) dormir; (v) contexto emocional; (vi) sorrir; (vii) estudar, e/ou (viii) contexto social. Ainda, determinou-se a extensão dos impactos (EI) nas atividades diárias das crianças que se refere ao número de performances que foram impactadas afetando a qualidade de vida dessa criança nos últimos 3 meses, podendo variar de 0 a 8.

Realizou-se a análise descritiva do índice Criança-OIDP juntamente com o auto relato assim como das condições sócio demográficas e condições de saúde bucal. A fim de avaliar a associação dos relatos e auto percepção dos problemas bucais e impacto na qualidade de vida medida pelo Criança-OIDP,

utilizou-se a análise bivariada por meio do teste de qui-quadrado com nível de significância de 0,05. Essa análise bivariada com a variável dependente EI (Extensão de impactos) e o auto relato das crianças foi realizada a fim de garantir que a criança foi capaz de identificar condições bucais que possivelmente interferiram na resposta sobre o impacto em suas atividades diárias. O índice Criança-OIDP foi associado às condições sócio demográficas e características clínicas tais como presença de dor, índice de placa visível, índice de sangramento gengival e presença de cárie medida por meio do instrumento “Espectro de Avaliação de Cárie e Tratamento”, Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST).

Para o modelo de regressão logística multivariada, realizou-se inicialmente uma análise bivariada das condições sócio demográficas e condições de saúde bucal e a variáveis dependente EI bivariado por meio do teste de chi-quadrado com nível de significância de 0,05. Aquelas variáveis independentes com valor de $p < 0,2$ foram incluídas no modelo de regressão logística utilizando a técnica backward stepwise, com nível de significância final de 0,05.

RESULTADOS

Descrição da amostra

O presente estudo contou com uma amostra de 484 crianças, sendo 227 do sexo masculino (46,9%) e 257 do sexo feminino (53,1%). Com idade de 6 a 8 anos, idade média foi de 7,45 anos ($\pm 0,91$). A distribuição por escola foi: 288 crianças da escola classe 2 (59,5%) e 196 crianças da escola CEF 2 (40,5%).

Avaliação dos itens Child-OIDP

A prevalência de impactos bucais foi alta acometendo cerca de 62,19% (301 crianças) em pelo menos um dos itens avaliadas nos últimos 3 meses (Tabela 1). Para o domínio “dificuldade em comer”, cerca de 31% (149 crianças) reportaram alguma dificuldade e 5 crianças não souberam responder ou não responderam (1%). Para o domínio “incomodo ao escovar os dentes”, aproximadamente 23% das crianças (110) relataram algum incomodo nos últimos 3 meses, sendo que 5 crianças não souberam responder ou não responderam (1%). Para o domínio “seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)”, cerca de 25% das crianças (120) reportaram esses sentimentos nos últimos 3 meses, e apenas uma criança não soube responder. Em relação ao domínio referente à sociabilidade (Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes), 65 crianças responderam positivamente, e 8 crianças não souberam ou não responderam. Para o domínio que avaliou dificuldade na fala, 60 crianças (12,40 %) reportaram alguma dificuldade, e 8 crianças não souberam ou não responderam a esse item. Para o domínio que verificou constrangimento/ vergonha ao sorrir, cerca de 25% das crianças relataram esse episódio nos últimos 3 meses, e 7 crianças não souberam ou não responderam a esse item. Com relação à execução das tarefas escolares, 53 crianças relataram que os dentes de alguma forma interferiram na execução de tarefas, participação em sala de aula e mesmo ida à

escola. Finalmente, para o domínio que avaliou interferência no sono da criança, cerca de 20% dessa amostra (99 crianças) consideraram terem deixado de dormir ou dormirem mal devido aos dentes.

Tabela 1: Prevalência do impacto nos desempenhos das atividades diárias de acordo com os domínios

OIDP	Domínios (%)								
	Impacto geral (%)	Comer	Falar	Higienização	Descanso /sono	Contexto Emocional	Sorrir	Estudo	Contato
Prevalência (%)	62,19	30,79	12,40	22,73	20,45	24,79	25,41	10,95	13,43

A extensão dos impactos (EI) nas atividades diárias das crianças se refere ao número de domínios que foram impactadas afetando a qualidade de vida dessa criança nos últimos 3 meses, podendo variar de 0 a 8. A tabela 2 apresenta a análise descritiva da extensão dos impactos (EI) da população estudada. 18,39% dos indivíduos foram afetados em apenas um domínio diário impactado. No entanto, observa-se que 43,8% das crianças foram afetadas em mais de um domínio.

Tabela 2: Extensão dos impactos

Extensão dos impactos (EI)	0	1	2	3	4	5	6	7	8
N (%)	183 (37,81)	89 (18,39)	83 (17,15)	61 (12,60)	32 (6,61)	15 (3,10)	11 (2,27)	8 (1,65)	2 (0,41)

Problemas com dentes e boca identificados pelas crianças (auto relato)

Antes do início do questionário de qualidade de vida Criança-OIDP, as crianças respondiam se haviam tido/tem ou não alguns dos problemas listados. Dentre eles estavam: Dor de dente; Dentes sensíveis; Cárie; Dente de leite mole; Espaço entre os dentes; Dente quebrado; Cor do dente; Forma ou tamanho do dente; Posição do dente; Sangramento na gengiva; Gengiva inchada; Feridas na boca; Mau hálito; Dente nascendo.

Essas condições (problemas) bucais percebidas pelas crianças e a proporção em que cada um deles causou impacto sobre as 8 atividades diárias/domínios estão apresentadas na Tabela 3. Observa-se que a dor, presença de dentes sensíveis, cárie, sangramento gengival e mau hálito foram as condições bucais mais percebidas pelas crianças resultando no impacto dos desempenhos das atividades diárias avaliadas pelo indicador Criança OIDP.

Tabela 3: Condições bucais e domínio das atividades diárias

Condições bucais	Domínio							
	Comer N/%	Falar N/%	Higienização N/%	Descanso /sono N/%	Contexto Emocional N/%	Sorrir N/%	Estudo N/%	Contato N/%
Dor	87	37	76	71	82	67	32	45
	58,39	61,67	69,09	71,72	68,33	54,47	60,38	69,23
Sensibilidade	110	32	70	58	73	63	33	43
	73,83	53,33	63,64	58,59	60,83	51,22	62,26	66,15
Cárie	71	29	66	57	70	64	24	35
	47,65	48,33	60,00	57,58	58,33	52,03	45,28	53,85
Dente de leite	58	24	48	38	52	38	16	23
	38,93	40,00	43,64	38,38	43,33	30,89	30,19	35,38
Espaço	16	5	13	15	12	13	7	12
	10,74	8,33	11,82	15,15	10,00	10,57	13,21	18,46
Dente quebrado	4	1	4	4	5	8	2	3
	2,68	1,67	3,64	4,04	4,17	6,50	3,77	4,62
Cor	17	3	13	14	16	15	7	11
	11,41	5,00	11,82	14,14	13,33	12,20	13,21	16,92
Forma	3	1	4	2	2	3	4	2
	2,01	1,67	3,64	2,02	1,67	2,44	7,55	3,08
Posição	29	7	23	19	25	22	6	11
	19,46	11,67	20,91	19,19	20,83	17,89	11,32	16,92
Sangramento	73	33	58	53	56	60	28	35
	48,99	55,00	52,73	53,54	46,67	48,78	52,83	53,85
Gengiva inchada	15	5	20	15	16	13	5	12
	10,07	8,33	18,18	15,15	13,33	10,57	9,43	18,46
Feridas	26	13	25	23	29	25	13	12
	17,45	21,67	22,73	23,23	24,17	20,33	24,53	18,46
Mau hálito	71	29	51	54	59	58	26	36
	47,65	48,33	46,36	54,55	49,17	47,15	49,06	55,38
Dente nascendo	56	19	47	42	52	50	24	24
	37,58	31,67	42,73	42,42	43,33	40,65	45,28	36,92
TOTAL	149	60	110	99	120	123	53	65

A fim de avaliar a associação dos relatos e auto percepção dos problemas bucais e impacto na qualidade de vida mensurada pelo Criança-OIDP, utilizou-se a análise bivariada por meio do teste de chi-quadrado com nível de significância de 0,05. A variável dependente foi EI ≥ 1 e as variáveis independentes foram os auto relatos das condições bucais apresentadas na tabela 3. Os dados da análise bivariada para componentes do auto relato estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4: Associação dos auto relatos das condições bucais e impacto na qualidade de vida (chi-quadrado)

Condições bucais	X² Value	p-value
Dor	51,29	<0,0001*
Sensibilidade	45,95	<0,0001*
Cárie	24,18	<0,0001*
Dente de leite	2,41	0,1204
Espaço	0,77	0,3804
Dente quebrado	2,56	0,1098
Cor	8,30	0,004*
Forma	4,32	0,037*
Posição	3,61	0,0574
Sangramento	36,11	<0,0001*
Gengiva inchada	9,33	0,0022*
Feridas	12,18	0,0005*
Mau hálito	24,78	<0,0001*
Dente nascendo	1,06	0,3027

Observa-se a partir da análise bivariada que as variáveis: Dor de dente; Dentes sensíveis; Cárie; Cor do dente; Forma ou tamanho do dente; Sangramento na gengiva; Gengiva inchada; Feridas na boca e Mau hálito tiveram uma associação significativa com a variável EI para crianças que tiveram algum impacto nas atividades diárias quando comparadas as crianças que não reportaram nenhum impacto na qualidade de vida.

Características sócio demográficas

A fim de avaliar o impacto das características sócio demográficas dessa população na qualidade de vida, os responsáveis responderam a um questionário contendo perguntas sobre tempo de estudo da mãe e do responsável pelo lar, renda mensal, sobre a percepção da necessidade de

tratamento da criança, entre outros. A análise descritiva esta apresentada no Quadro 1.

Quadro 1: Questões do questionário sócio demográfico e frequência das respostas por itens

Questões do Questionário Sócio Demográfico	Frequência (%) / Média (DP)
Responsável pelo domicílio	Pai: 203 (41,94) Mãe: 216 (44,63) Avô ou avó: 33 (6,82) Outros: 21 (4,34) NR: 11 (2,27)
Anos de estudo do responsável	7,36 (3,61)
Anos de estudo da mãe	8,12 (3,47)
Renda suficiente para cobrir despesas básicas	Não: 228 (47,11) Sim: 235 (48,55) NR: 21 (4,34)
Quantas pessoas moram na casa	5,02 (1,9)
Quantos cômodos são dormitórios	2,41 (1,21)
Renda mensal familiar	Menos de 1: 200 (41,32) Entre 1 e 2: 232 (47,93) Entre 2 e 3: 38 (7,85) Entre 3 e 7,5: 4 (0,83) NR: 10 (2,07)
Filho (a) necessita de tratamento dentário	Não: 45 (9,30) Sim: 425 (87,81) NR: 14 (2,89)
Levou filho(a) ao dentista	Não: 188 (38,84) Sim: 289 (59,71) NR: 7 (1,45)
Última vez que o filho(a) foi ao dentista	Menos de 1 ano: 150 (30,99) 1 a 2 anos: 87 (17,98) 3 ou mais: 42 (8,68) Nunca foi: 155 (32,02) NS: 18 (3,72) NR: 32 (6,61)
Motivo da última consulta	Revisão, prevenção: 75 (15,50) Dor: 56 (11,57) Extração: 42 (8,68) Tratamento: 75 (15,50) Outros: 41 (8,47) Nunca foi: 143 (29,55) NS: 14 (2,89) NR: 38 (7,85)

Local em que levou o filho para última consulta	Serviço público: 199 (41,1) Serviço particular: 77 (15,91) Plano de saúde: 11 (2,27) Outros: 33 (6,82) NS: 50 (10,33) NR: 114 (23,55)
Filho(a) teve dor nos últimos 3 meses	Não: 342 (70,66) Sim: 129 (26,65) NR: 13 (2,69)
O tratamento foi devido à dor	Não: 351 (72,52) Sim: 71 (14,67) NR: 62 (12,81)
Local que levou para tratar dor	Serviço público: 72 (14,88) Serviço particular: 33 (6,82) Plano de saúde: 3 (0,62) Outros: 9 (1,86) NS: 8 (1,65) Nunca levou para tratar dor: 209 (43,18) NR: 150 (30,99)

A partir dos dados obtidos no questionário sócio demográfico, observa-se que a figura materna ou paterna são responsáveis pelo domicílio na maior parte da população. Ainda, que o tempo de estudo tanto do responsável quanto da mãe estão em torno de 7,5 a 8 anos. Cerca de metade dos respondentes não acreditam que a renda mensal recebida é suficiente para cobrir as despesas básicas. Nessa população, cerca de 89,25% declarou que a renda mensal variou de menos de um salário a no máximo 2.

Apesar de 87,81% dos respondentes achar que o filho (a) necessita de tratamento dentário, cerca de 40% nunca levou a criança ao dentista. Daqueles que levaram seus filhos ao dentista, cerca de 30% procuraram atendimento no último ano, 15% deles com intuito de fazer revisão ou prevenção e outros 15% com objetivo de conseguir tratamento, 11% dos pais/responsáveis levaram seus filhos ao dentista por motivo de dor e cerca de 8% para extração. 41,1% dos pais/responsáveis priorizaram na última consulta odontológica de seus filhos o atendimento público, outros 15,9% requisitaram serviços

particulares de atendimento odontológico na última consulta. 26,65% declararam que os seus filhos vivenciaram sintomatologia dolorosa nos últimos 3 meses. Apenas 14,67% dos pais/responsáveis conduziram seus filhos para tratar a dor e o local procurado por 14,88% destes, para a resolução de tal sintomatologia foi ainda o serviço público.

A fim de avaliar a associação das características da amostra e dados sócio demográficos com o impacto na qualidade de vida mensurada pelo Criança-OIDP, utilizou-se a análise bivariada por meio do teste de chi-quadrado com nível de significância de 0,05. A variável dependente foi $EI \geq 1$ e as variáveis independentes foram o gênero, escola, suficiência da renda para cobertura de gastos básicos, renda mensal, relato de que existe necessidade de tratamento dentário para filho, relato se levou o filho ao dentista, se o filho teve dor nos últimos 3 meses e tempo de estudo do responsável e da mãe. Os dados da análise bivariada estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Associação das características da amostra e dados sócio demográficos com o impacto na qualidade de vida. (chi-quadrado)

Variáveis Independentes	X² Value	p-value
Gênero	2,1552	0,340
Escola	0,2023	0,653
Dinheiro suficiente para despesas básicas	2,6261	0,269
Renda mensal básica	12,1338	0,016*
Filho (a) necessita de tratamento	0,1565	0,925
Levou o filho (a) ao dentista	0,2180	0,897
Seu filho (a) teve dor nos últimos 3 meses	13,2952	0,001*
Tempo de estudo do responsável	0,29	0,5894
Tempo de estudo da mãe	2,79	0,0947

A partir da análise bivariada para características sócio demográficas, observou-se que a renda mensal e o relato do filho ter apresentado quadro de dor nos últimos 3 meses foram significativamente associadas a variável EI.

Características clínicas (escore CAST, IPV e ISG)

Todas as crianças que participaram foram examinadas seguindo o critério CAST. Ainda foram coletados dados referentes à presença de dor naquele momento, índice de placa visível e índice de sangramento gengival. Apesar do exame clínico ter sido realizado em cada superfície dentária, optou-se por representar o escore CAST máximo por indivíduo (por boca) que é o maior escore CAST, não considerando o código 9.

Para cálculo da prevalência de cárie utilizando o indivíduo como unidade, a partir dos dados obtidos pelo CAST indivíduo, considerando simultaneamente dentes decíduos e permanentes, tem-se que a prevalência foi de 49,41% (considerando escores 5, 6 e 7). Quando se inclui as lesões de cárie em esmalte (inclusão dos índices 3 e 4), a prevalência da doença sobe para 69,12%.

Para o cálculo da prevalência de cárie utilizando somente a dentição decídua para determinação do escore CAST máximo por indivíduo, tem-se que a prevalência de cárie é de 47,79% e de 65,44% ao considerar somente lesões em dentina cavidadas e lesões em esmalte, respectivamente.

Para o cálculo da prevalência de cárie utilizando somente a dentição permanente para determinação do escore CAST máximo por indivíduo, tem-se que a prevalência de cárie em dentina é de 8,81%. Ao incluir lesões em esmalte, a prevalência da doença sobe para 38,18%.

Para cálculo do índice de placa visível (IPV) e sangramento gengival (ISG), foi calculada a razão entre quantidade de dentes com placa e sangramento e quantidade de dentes na cavidade bucal da criança. A média de IPV e ISG foi de 0,52 ($\pm 0,27$) e 0,034 ($\pm 0,07$), respectivamente.

A tabela 6 apresenta o resultado da análise bivariada entre as variáveis independentes clínicas e a variável dependente EI ≥ 1 .

Tabela 6: Análise bivariada entre as variáveis independentes clínicas e a variável dependente EI ≥ 1

Variáveis Independentes	X² Value	p-value
CAST score individual	20,2717	0,009*
Razão IPV	6,31	0,0120*
Razão GBI	5,48	0,0192*

Regressão Logística multivariada

Após a análise estatística descritiva e bivariada, foi proposto um modelo de regressão logística multivariado contendo as variáveis independentes: CAST score individual, IPV, ISG, dor, renda familiar e tempo de estudo da mãe. A variável dependente foi EI ≥ 1 .

Inicialmente, o modelo considerou todas as variáveis. Em seguida, utilizando o modelo backward, as variáveis IPV e tempo de estudo da mãe do escolar foram removidas devido ao $p \geq 0,20$ (0,2750 e 0,2914, respectivamente). Dessa forma, o modelo de regressão logística multivariada para o impacto das variáveis independentes na qualidade de vida dos escolares final foi considerado estatisticamente significativo, e está apresentada na Tabela 7.

Tabela 7: Regressão logística multivariada dos impactos das variáveis independentes na qualidade de vida

Variável	OR ajustada	95% CI	p-value
Dor no exame	1,71	1,03-2,83	0,039*
Score CAST	1,11	1,03-1,21	0,010*
ISG	13,71	0,68-279,01	0,089
Renda familiar	0,87	0,74-1,01	0,069

*Variáveis consideradas significativas

DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de estudantes de 6 a 8 anos de escolas públicas de ensino fundamental da Cidade Estrutural e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) do D.F., por meio do domínio das atividades diárias, utilizando o índice Impacto Bucal no Desempenho Diário da Criança (Criança-OIDP). Também foi possível avaliar a associação entre a extensão do impacto da saúde bucal nas atividades diárias obtida pelo Criança-OIDP e as variáveis clínicas (dor, score CAST individual, índice de placa visível e sangramento gengival) e variáveis sociodemográficas.

O questionário Criança-OIDP, foi elaborado por Ghuerupong [9], com finalidade de avaliar o impacto da saúde bucal no desempenho de atividades diárias de crianças Tailandesas com 12 anos de idade, através de questionário composto por 8 itens relacionados a alterações em tecidos bucais, estado da saúde bucal e satisfação com aparência [11, 17]. A abordagem do questionário Criança-OIDP tem como vantagens ser uma medida fácil dos impactos comportamentais no desempenho da vida diária e avaliar a dimensão subjetiva do indivíduo sobre seu bem-estar [11, 17]. Existem outros dois instrumentos comumente utilizados para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças. O primeiro deles é o Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14) de 2002, considerado o primeiro instrumento elaborado para medir Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB). Sua faixa etária compreende crianças de 11 a 14 anos de idade e contém 37 itens [10]. Em uma versão mais recente, foi desenvolvido o CPQ 8-10 que envolve a faixa de 8 a 10, e apresenta 25 itens. O segundo questionário é o Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) que tem como alvo crianças em idade pré-escolar de 3 a 5 anos. Esse instrumento contém 13

itens e utiliza o relato dos cuidadores [19]. Diante desse cenário, observa-se que a população do presente estudo não está incluída em nenhuma faixa etária. Dessa forma, devido às características do Criança-OIDP, instrumento conciso, objetivo e de fácil aplicação limitando a exaustão e imprecisão [11, 17, 18] optou-se por utilizá-lo na população deste estudo.

A primeira parte do questionário Criança-OIDP apresenta uma lista de problemas de origem bucal para que a criança indique estar vivenciando ou ter vivenciado nos últimos 3 meses, sendo que esses problemas variam de dor de dente a mau hálito. Dentre os itens investigados, as condições bucais mais percebidas pelas crianças foram dor, presença de dentes sensíveis, cárie, sangramento gengival e mau hálito resultando no impacto nas performances diárias avaliadas pelo Criança-OIDP. Todos esses problemas foram considerados significativamente associados à extensão do impacto na qualidade de vida, demonstrando que o instrumento utilizado foi eficaz em identificar a relação entre eles, ainda que tenha sido utilizado em uma faixa etária inferior a proposta inicial.

Os resultados do presente estudo indicaram que 62,19% (301 crianças) dessa população relatou algum impacto negativo em suas atividades diárias devido a algum problema relacionado a saúde bucal nos últimos 3 meses. Essa prevalência é considerada alta, e comparável com outros estudos, tais como, de Basavaraj (2014) com prevalência de 60% e de Nucã (2005) com prevalência de 64,9% [20, 21]. No estudo de Bernabe (2009) essa prevalência foi de 53%, enquanto que no estudo de Gherupong (2004) foi de 89,8% [17, 22]. Variações na prevalência de atividades diárias impactadas são esperadas, uma vez que as populações se diferem quanto à experiência de cárie, assim como ao acesso a tratamento odontológico, os quais interferem diretamente nessa prevalência.

Dentre as oito atividades diárias ou domínios do instrumento Criança-OIDP, as que obtiveram maior impacto na

qualidade de vida das crianças nos últimos 3 meses foram dificuldade ao comer com 31% das queixas, em seguida com 25 % das ocorrências os itens constrangimento/ vergonha ao sorrir e nervosismo/irritabilidade ligados ao contexto emocional e, finalmente, com 23% o domínio dificuldade ao realizar higienização bucal. A extensão dos impactos (EI) nas atividades diárias das crianças se refere ao número de domínios que foram impactados afetando a qualidade de vida dessa criança nos últimos 3 meses, podendo variar de 0 a 8. Observa-se que 43,8% das crianças foram afetadas em mais de um domínio. Em contexto geral, no Brasil as atividades diárias com impacto mais significativo são as relacionadas à atividade comer e às atividades relacionadas ao contexto emocional [23], o que está em concordância a outros estudos prévios, que apontam maior frequência de impacto nas atividades referentes a comer, limpeza dos dentes e sorrir [20-22]. Comer, higienizar os dentes e sorrir são atividades funcionais, sociais e emocionais inerentes ao ser humano, com intuito do corpo executar suas mais diversas atribuições. Na maioria dos estudos, a cárie dentária associada à dor parece ser o alicerce que culmina na limitação de tais atividades, e o impacto disso em um grupo que está em uma faixa etária de construção de personalidade e de construção de relação interpessoal é de suma importância.

Em relação a variável cárie, a prevalência encontrada nessa população é considerada alta, cerca de 69% quando se considera lesões em esmalte. Ainda, cabe ressaltar que para o cálculo dessa prevalência, não foram considerados os indivíduos classificados com escore CAST 2, ou seja, que no máximo possuíam restaurações como maior escore bucal. Dessa forma, diferentemente de outros estudos que utilizam o índice CPOd como variável para análise da doença cárie na qualidade de vida de crianças [20, 24, 25], no presente estudo utilizou-se o escore CAST máximo por indivíduo. O escore CAST foi considerado significativo tanto na análise bivariada quanto no modelo de

regressão logística multivariada, de forma que, a cada aumento do escore CAST, aumentava-se cerca de 11% a chance de se ter um impacto nas atividades diárias das crianças por problemas relacionados a doença cárie. Com relação aos demais índices clínicos, IPV e ISG, ambos foram considerados significativos na análise bivariada, porém não no modelo final de regressão logística.

Em relação à variável dor, 41,32% da população relatou ter ou ter tido dor nos últimos 3 meses. Esse valor foi reduzido para 23,35% quando se registrou a dor durante o exame clínico. Essa prevalência de dor é considerada alta, no estudo de Moura-Leite (2011) [26], a prevalência de dor em crianças de 5 anos, relatadas pelos pais ou responsáveis no Brasil foi de 11%. É interessante observar que cerca de 26% dos pais reconheciam que seus filhos apresentavam sintomatologia dolorosa. Ainda, a análise bivariada indicou que houve uma associação significativa entre esse relato dos pais e a presença de impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças. No modelo de regressão logística multivariada, a variável dor presente no momento do exame foi incluída no modelo e considerada estatisticamente significativa, sendo que crianças que apresentam dor tinham 71% mais chance de apresentar impacto na qualidade de vida.

Com relação às características sócio demográficas relatadas pelos pais, as duas que mais chamaram atenção foram o tempo de estudo da mãe e a renda mensal básica. Observa-se que a figura materna é a principal responsável pelo domicílio na maior parte da população, sendo a mãe provedora para a maioria dos lares e que o tempo de estudo da mãe ficou em torno de 7,5 a 8 anos. Apesar de ter sido incluído no modelo de regressão inicial, essa variável não foi considerada estatisticamente significativa. Com relação à renda mensal básica, cerca de metade dos respondentes não acredita que a renda mensal recebida é suficiente para cobrir as despesas básicas. Nessa

população, 89,25% declarou que a renda mensal variou de menos de um salário a no máximo 2. Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD), realizado em 2013/2015 pela CODEPLAN, a renda domiciliar média apurada da Cidade Estrutural e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) foi da ordem de R\$ 2.004,00, correspondente a 2,54 salários mínimos, e a renda per capita foi de R\$ 521,80, correspondente a 0,66 salários mínimos [13]. Inúmeros estudos têm demonstrado altas taxas de prevalência de condições bucais adversas, especialmente em áreas de baixo nível socioeconômico [25]. Sendo assim, a renda familiar impacta diretamente a qualidade de vida dessa população, que pode não ter renda suficiente para o tratamento odontológico e devido ao restrito acesso ao tratamento público gratuito, não consegue tratar seus filhos ainda que na situação de sintomatologia dolorosa, como visto anteriormente.

O presente estudo encontrou uma alta prevalência de impacto negativo da saúde bucal nas atividades de vida diária dos escolares de 6 a 8 anos do ensino fundamental da Cidade da Estrutural e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA). Ainda, encontrou-se uma associação significativa entre as variáveis escore CAST máximo individual e dor com a extensão desse impacto. As crianças relataram perceber problemas de ordem bucal como cárie, sangramento gengival e mau hálito), sendo demonstrado associação significativa aos impactos na qualidade de vida medida pelo Criança-OIDP.

REFERÊNCIAS

1. Petersen P.E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent. Oral Epidemiology.*, 31, 3-23.
2. Leão A.T.T., Cidade M.C., Varela J.R. (1998). Impactos da saúde periodontal na vida diária. *Rev. Bras. Odontol.*, 55(4), 238-241.
3. Bhayade S.S., Mittal R., Chandak S., Bhondey A. (2016). Assessment of social, demographic determinants and oral hygiene practices in relation to dental caries among the children attending Anganwadis of Hingna, Nagpur. *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent*, 34(2), 124-127.
4. Souza A.L., Leal S.C., Chaves S.B., Bronkhorst E.M., Frencken J E , Creugers N H J.(2014) The Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) instrument: construct validation. *European Journal of Oral Sciences*, 122(2), 149-153.
5. Whoqol Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1403-1409.
6. Genderson M.W., Sischo L., Markowitz K., Fine F., Broder H. L. (2013). An Overview of Children's Oral Health-Related Quality of Life Assessment: From Scale Development to Measuring Outcomes. *Caries Res.*, 47(0 1), 13-21.
7. Cohen L.K., Jago J.D. (1976). Toward the formulation of sociodental indicators. *Int. J. Health Serv.*, 6(4), 681-698.
8. Leão A.T.T., Locker D. (2006). Impacto das condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida. IN: Antunes J.F.L., Peres M.A., organizadores. *Epidemiologia da Saúde Bucal Guanabara Koogan*, 260-268.

9. Masalu J.R., Astrom A.N. (2003). Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 31, 7-14.
10. Jokovic A., Locker D., Stephens M., Kenny D., Tompson B., Guyatt G. (2002). Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J. Dent Res.*, 81(7), 459-463.
11. Gherunpong S., Tsakos G., Sheiham A. (2004). Developing and evaluation an oral health-related quality of life index for children: The Child-OIDP. *Community Dent. Health*, 21, 161-169.
12. Tuberg-Jeannin S., Pegon-Machat E., Germeau-Richard C., Lecuyer M.M., Tsakos G. (2005) Validation of a French version of the Child-OIDP index. *Eur. J. Oral Sci.*, 113, 355-362.
13. Codeplan (2013/2015). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios-PDAD.
14. Alaluusua S., Malmivirta R. (1994). Early plaque accumulation-a sign for caries risk in young children. *Community Dent. Oral Epidemiol*, 22(5), 273-276.
15. Ainamo J., Bay I. (1975). Problems and proposals for recording gingivitis and plaques. *Int. Dent. J*, 25(4), 229-235.
16. World Health Organization. (1980). International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: World Health Organization.
17. Gherunpong S., Tsakos G., Sheiham A. (2004). The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health Qual. Life Outcomes*, 2, 57.
18. Broder H.L., Genderson M.W., Sischo L. (2012). Reliability and validity testing for the Child Oral Health Impact Profile-Reduced (COHIP-SF 19). *Journal of Public Health Dentistry*, 72(4): 302-312.

19. Pahel B.T., Rozier R.G., Slade G.D. (2007). Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual. Life Outcomes*, 5, 6.
20. Basavaraj P., Sunil M.K., Nagarajappa R., Ashish S., Ramesh G. (2014). Correlation Between Oral Health and Child-OIDP Index in 12- and 15-Year-Old Children From Modinagar, India. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 26(4), 390-400.
21. Nucă C., Amariei C., Martoncsak E., Tomi D.D. (2005). Study regarding the correlation between the Child-OIDP index and the dental status in 12-year-old children from Harsova, Constanta county. *Oral Health Dent. Manage Black Sea Countries*, 4(4).
22. Bernabe E., Kridaspong S., Sheiham A. (2009). Comparison of the discriminative ability of the generic and condition-specific forms of the Child-OIDP index: a study on children with different types of normative dental treatment needs. *Community Dent. Epidemiol.*, 37, 155-162.
23. Martins M.T., Sardenberg F., Vale M.P., Paiva S.M., Pordeus I.A. (2015). Dental caries and social factors: impact on quality of life in Brazilian children. *Braz. Oral Res.* [online], 29(1),1-7.
24. Paula J., Leite I., Almeida A., Ambrosano G., Pereira A., Mialhe F., (2012). The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perceptions of quality of life. *Health and Qual. of Life Outcomes*, 10(6).
25. Tapsoba H., Deschamps J-P., Leclercq M-H. (2000). Factor analytic study of two questionnaires measuring oral health-related quality of life among children and adults in New Zealand, Germany and Poland. *Quality of Life Research*, 9 559-569.
26. Moura-Leite F. R., Ramos-Jorge J., Ramos-Jorge M.L., Paiva S. M., Vale M.P., Pordeus I.A. (2011). Impact of dental pain on daily living of five-year-old Brazilian preschool children: prevalence and associated factors, 12(6).

ANEXOS

NORMAS DA REVISTA

ARTICLE TYPES

Quality of Life Research welcomes scientific articles in the following categories:

- Full-Length Original Articles (must include a 250-word structured abstract, maximum word limit of 4,000 words exclusive of abstract, tables, figures, and references)
- Brief Communications (maximum word limit of 1,500 words, exclusive of structured abstract, tables, figures, and references). See section below on Brief Communications.

Full-Length Original Articles

Original articles are a maximum of 4,000 words, exclusive of a 250-word structured abstract, figures, tables, and references. We are particularly interested in studies that utilize patient-reported outcomes, focusing on clinical and policy applications of quality-of-life research; showcasing quantitative and qualitative methodological advances; and / or describing instrument development.

Brief Communications

Brief communications are a maximum of 1,500 words, exclusive of a 200-word structured abstract, up to 2 figures, up to 3 tables, and 25 references. Any topic can be submitted as a brief communication, but all manuscripts that report cross-cultural adaptations of existing measures will only be considered for publication as brief communications in Quality of Life Research. If a paper of this type provides substantially new methodological and/or substantive knowledge (e.g., a superior method of cross cultural adaptation, more thorough evaluation of the original instrument being adapted, multi-language or multi-country comparisons, etc.), authors should include a letter with their submission justifying the need for a full length report. All cross-cultural translation articles should include information in the abstract and manuscript text that summarize how psychometric characteristics of the new translation compares to the original tool.

Other Types of Articles

The journal also publishes commentaries and editorials; reviews of the literature; reviews of recent books and software advances; and abstracts presented at the annual meeting of the International Society of Quality of Life Research conference. These articles should be as long as needed to convey the desired information, and no more than 4,000 words in length. To the extent that it is possible, a structured abstract is appreciated.

Language

We appreciate any efforts that you make to ensure that the language usage is corrected before submission using standard United States or United Kingdom English. This will greatly improve the legibility of your paper if English is not your first language.

Manuscript Submission

Submission of a manuscript implies: that the work described has not been published before; that it is not under consideration for publication anywhere else; that its publication has been approved by all co-authors, if any, as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

Permissions

Authors wishing to include figures, tables, or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright owner(s) for both the print and online format and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

Online Submission

Please follow the hyperlink “Submit online” on the right and upload all of your manuscript files following the instructions given on the screen.

Title Page

The title page should include:

The name(s) of the author(s)

A concise and informative title

The affiliation(s) and address(es) of the author(s)

The e-mail address, telephone and fax numbers of the corresponding author

Abstract

Please provide a structured abstract of 150 to 250 words which should be divided into the following sections:

Purpose (stating the main purposes and research question)

Methods

Results

Conclusions

Keywords

Please provide 4 to 6 keywords which can be used for indexing purposes.

Text Formatting

Manuscripts should be submitted in Word.

Use a normal, plain font (e.g., 10-point Times Roman) for text. Use italics for emphasis.

Use the automatic page numbering function to number the pages. Do not use field functions.

Use tab stops or other commands for indents, not the space bar. Use the table function, not spreadsheets, to make tables.

Use the equation editor or MathType for equations.

Save your file in docx format (Word 2007 or higher) or doc format (older Word versions).

Headings

Please use no more than three levels of displayed headings.

Abbreviations

Abbreviations should be defined at first mention and used consistently thereafter.

Footnotes

Footnotes can be used to give additional information, which may include the citation of a reference included in the reference list. They should not consist solely of a reference citation, and they should never include the bibliographic details of a reference. They should also not contain any figures or tables.

Footnotes to the text are numbered consecutively; those to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data). Footnotes to the title or the authors of the article are not given reference symbols.

Always use footnotes instead of endnotes.

Acknowledgments

Acknowledgments of people, grants, funds, etc. should be placed in a separate section on the title page. The names of funding organizations should be written in full.

SCIENTIFIC STYLE

Please always use internationally accepted signs and symbols for units (SI units).

Generic names of drugs and pesticides are preferred; if trade names are used, the generic name should be given at first mention.

REFERENCES

Citation

Reference citations in the text should be identified by numbers in square brackets. Some examples:

1. Negotiation research spans many disciplines [3].
2. This result was later contradicted by Becker and Seligman [5].
3. This effect has been widely studied [1-3, 7].

Reference list

The list of references should only include works that are cited in the text and that have been published or accepted for publication. Personal communications and unpublished works should only be mentioned in the

text. Do not use footnotes or endnotes as a substitute for a reference list.

The entries in the list should be numbered consecutively.

Journal article

Harris, M., Karper, E., Stacks, G., Hoffman, D., DeNiro, R., Cruz, P., et al. (2001). Writing labs and the Hollywood connection. *Journal of Film Writing*, 44(3), 213–245.

Article by DOI

Kreger, M., Brindis, C.D., Manuel, D.M., & Sassoubre, L. (2007). Lessons learned in systems change initiatives: benchmarks and indicators. *American Journal of Community Psychology*. doi:10.1007/s10464-007-9108-14.

Book

Calfee, R. C., & Valencia, R. R. (1991). APA guide to preparing manuscripts for journal publication. Washington, DC: American Psychological Association. Book chapter

O'Neil, J. M., & Egan, J. (1992). Men's and women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In B. R. Wainrib (Ed.), *Gender issues across the life cycle* (pp. 107–123). New York: Springer.

Online document

Abou-Allaban, Y., Dell, M. L., Greenberg, W., Lomax, J., Peteet, J., Torres, M., & Cowell, V. (2006). Religious/spiritual commitments and psychiatric practice. Resource document. American Psychiatric Association.

http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200604.pdf.

Accessed 25 June 2007.

TABLES

II tables are to be numbered using Arabic numerals.

Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.

For each table, please supply a table caption (title) explaining the components of the table.

Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the table caption.

Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body.

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado responsável, este estudo que tem como título: "Avaliação das condições de saúde bucal: estudo de base para produção de indicadores para monitoramento e planejamento de ações no nível local", objetiva formular indicadores relacionados às condições de saúde bucal, especificamente voltados para a avaliação da prevalência da hipomineralização molar-incisivo (defeito no dente), necessidade de tratamento relacionado à cárie, indicação de tratamento pelo Tratamento Restaurador Atraumático (ART) e impacto do tratamento na qualidade de vida que também permitirão avaliar o custo do tratamento pelo ART.

A realização da pesquisa é de grande importância para o planejamento das ações de saúde bucal na saúde pública. Assim, gostaríamos de contar com a participação do seu filho(a). Para a realização desta pesquisa será necessário que seu filho(a) responda a um questionário, relativo à saúde bucal e atividades que ele pratica. Em alguns casos será necessário que seu filho(a) responda ao mesmo questionário outra vez. Além disso, dentistas farão o exame dos dentes e da boca do seu filho que será precedida de uma escovação bucal, no mesmo local em que ele será atendido (ambiente escolar). Este exame não provocará nenhum incômodo a seu filho(a). O grupo de crianças selecionado para a fase restauradora da pesquisa será submetido a um tratamento que pode gerar um pequeno incômodo em função da pressão e do barulho que a retirada da cárie com o instrumento manual pode causar. Entretanto, este incômodo é menor do que aquele causado com o "motorzinho" que normalmente é usado pelo dentista. É importante que você saiba que nenhuma criança será identificada, sendo mantido o caráter confidencial da informação, de modo que seus nomes não serão identificados.

Gostaríamos de informar também que se você quiser desistir da pesquisa poderá fazê-lo a qualquer momento, sem prejuízo para a continuidade do tratamento dentário.

A participação na pesquisa não será remunerada de nenhuma forma e não lhe trará nenhuma despesa financeira. Se tiver dúvidas, pode entrar em contato comigo através do telefone: (61) 31072514 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade pelo telefone: (61) 33072276.

Após receber informações sobre a pesquisa, autorizo que meu filho(a) participe deste estudo e concordo que seja realizado exame clínico nele(a), _____, bem como, que ele(a) responda ao questionário. Autorizo também, que os dados obtidos através do exame clínico e das respostas aos questionários sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Nome da criança: _____

Nome do responsável pela criança: _____

Assinatura do responsável pela criança

Fabiola Bof de Andrade e Ana Paula Dias Ribeiro- Coordenadoras do Projeto

Departamento de Odontologia- FS /UnB: Telefone: 31072514

Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília - CEP 70910-900.

QUESTIONÁRIOS: CONDIÇÕES BUCAIS, CHILD-OIDP E SÓCIO DEMOGRÁFICO

CONDIÇÕES BUCAIS

ID: _____ Escola: _____ Série: _____ Turma: _____

Nome do estudante: _____

Lista de problemas com dentes ou boca

Marque com um X o(s) problema(s) que você tem ou teve nos últimos 3 meses.

- Dor de dente
- Dentes sensíveis (quando come ou bebe: doces, alimentos quentes como leite ou café e gelados como sorvete)
- Cárie ou buraco no dente
- Dente de leite mole
- Espaço entre os dentes (porque um dente permanente, novo ou definitivo, não nasceu)
- Dente permanente (novo ou definitivo) quebrado
- Cor do dente (ex. mais amarelado, escuro ou manchado)
- Forma ou tamanho do dente (ex. dente com forma ou tamanho anormal, maior ou menor que os outros)
- Posição do dente (ex. dentes encavalados, trepados, tortos, para fora ou separados)
- Sangramento na gengiva (ex. quando escova os dentes)
- Gengiva inchada (ex. inflamada, ou mais avermelhada)
- Tártaro
- Feridas na boca
- Mau hálito (bafo)
- Boca ou rosto deformados (ex. lábio leporino, fenda palatina)
- Dente permanente (novo ou definitivo) nascendo
- Dente permanente (novo ou definitivo) perdido, faltando ou arrancado

2) Algumas pessoas tem problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Nos últimos 3 meses quais situações abaixo aconteceram com você por causa de problemas com seus dentes ou boca?

1	Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?	(0) Não (1) Sim (8) NS (9) NR
2	Os seus dentes o incomodaram ao escovar?	(0) Não (1) Sim (8) NS (9) NR
3	Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?	(0) Não (1) Sim (8) NS (9) NR
4	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?	(0) Não (1) Sim (8) NS (9) NR
5	Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?	(0) Não (1) Sim (8) NS (9) NR
6	Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?	(0) Não (1) Sim (8) NS (9) NR
7	Fazer as tarefas da escola (ex. ir à escola, aprender em sala de aula, fazer o dever de casa)?	(0) Não (1) Sim (8) NS (9) NR
8	Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?	(0) Não (1) Sim (8) NS (9) NR

ID: _____ Escola: _____ Série: _____ Turma: _____

DADOS PESSOAIS

1) Nome do estudante: _____

2) Data de nascimento: _____ Idade: _____

3) Sexo:

(0) Masculino

(1) Feminino

4) Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

5) Quem é o responsável pelo domicílio? (Marque com um X)

(1) Pai

(2) Mãe

(3) Avô ou Avó

(4) Outro _____

6) Quantos anos o responsável pelo domicílio estudou? (escrever o número de anos) _____

7) Quantos anos a mãe do aluno estudou? (escrever o número de anos) _____

8) Considera que você e o seu companheiro tem dinheiro suficiente para cobrir as despesas básicas da vida diária? (Marque com um X)

(0) Não

(1) Sim

9) Quantas pessoas moram na sua casa? Incluindo irmãos, pais, avós, outros parentes e amigos.

10) Quantos cômodos da casa são usados como dormitórios? _____

11) Qual a opção abaixo que melhor representa a renda mensal da sua família? Um salário mínimo vale 678 reais (Marque com um X)

(1) Menos de 1 salário mínimo

(2) Entre 1 e 2 salários mínimos

(3) Entre 2 e 3 salários mínimos

(4) Entre 3 e 7,5 salários mínimos

(5) Entre 7,5 e 10 salários mínimos

(6) Acima de 10 salários mínimos

SAÚDE

Estamos interessados em conhecer um pouco sobre a saúde bucal do seu(a) filho(a). Por favor marque com um X a melhor resposta.

12) O sr(a) acha que o seu (a) filha necessita de tratamento dentário?

- (0) Não
- (1) Sim

13) Alguma vez na vida o seu(a) filha já foi ao dentista?

- (0) Não
- (1) Sim

14) Quando foi a última vez que o seu(a) filho(a) foi ao dentista?

- (1) Menos de um ano
- (2) Um a dois anos
- (3) Três anos ou mais
- (8) nunca foi ao dentista
- (9) Não sei

15) Qual o motivo da sua última consulta?

- (1) Revisão, prevenção ou check-up
- (2) Dor
- (3) Extração
- (4) Tratamento
- (5) Outros
- (8) nunca foi ao dentista
- (9) Não sei

16) Aonde o Sr(a) levou o seu filho para a última consulta com o dentista?

- (1) Serviço público
- (2) Serviço particular
- (3) Plano de Saúde ou Convénios
- (4) Outro
- (8) Não sabe

17) Nos últimos 3 meses o seu(a) filho(a) teve dor de dente?

- (0) Não
- (1) Sim

18) O Sr(a) levou o seu filho ao dentista para tratar a dor de dente?

- (0) Não
- (1) Sim

19) Se o senhor respondeu sim para a pergunta anterior, por favor, informe aonde o Sr(a) levou o seu filho para tratar da dor de dente?

- (1) Serviço público
- (2) Serviço particular
- (3) Plano de Saúde ou Convénios
- (4) Outro
- (8) Não sabe
- (9) não levei meu filho para o dentista para tratar da dor de dente.