

Isadora Assunção Veloso de Carvalho Campos

**Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de um grupo
de pré-escolares do Paranoá, DF**

Brasília
2015

Isadora Assunção Veloso de Carvalho Campos

**Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de um grupo
de pré-escolares do Paranoá, DF**

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. Soraya Coelho Leal

Brasília
2015

Dedico à minha família, razão de tudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora, por me permitirem viver esse sonho, sempre me iluminando, abençoando e dando forças para enfrentar todas as dificuldades.

À minha orientadora Dra. Soraya Leal, por toda ajuda, ensinamento e paciência na execução do meu trabalho, e pela oportunidade de dividir esta experiência com quem eu tanto admiro.

À querida professora Dra. Aline Úrsula, por toda dedicação em me ajudar durante toda a graduação, pela alegria contagiante e por ser esse exemplo incrível de pessoa e de profissional.

Aos queridos Flávia Kaster e Igor Morais, por toda ajuda que me deram para eu desenvolver meu trabalho.

Aos meus amigos Paulo Vítor e Thiago Carvalho, por toda amizade que vivenciamos diariamente durante os quatro anos que estivemos juntos, e mesmo tão distantes agora, não deixaram de ser esses amigos fiéis e verdadeiros que eu tive a sorte de encontrar.

À minha amiga Raíssa Gonçalves, pela amizade doce e sincera que temos o prazer de cultivar e pelo apoio em todos os momentos bons e ruins.

À minha dupla querida Maísa Paz, pela amizade, ajuda, troca de experiências e paciência nos dias de clínica, tornando a minha rotina muito melhor.

À minha melhor amiga Melissa Lorena, pela amizade cúmplice e maravilhosa de sempre, pelo incentivo, paciência e compreensão pela minha ausência.

Ao meu namorado Mário, por todo amor, carinho, dengo, companheirismo e paciência comigo. Você é muito especial na minha vida!

À minha irmã Bárbara, por toda cumplicidade, todo amor e por todos os momentos bons que passamos juntas.

Aos meus pais Marcos e Shirley, por sempre me darem todo amor, carinho e cuidado que preciso, por todo incentivo, dedicação e apoio, por sempre acreditarem em mim e por não medirem esforços para que eu tivesse tudo que eu precisasse para construir todos os meus sonhos. Eu os amo muito!

Muito obrigada!

EPÍGRAFE

“Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos.”

O Pequeno Príncipe, Antoine Saint-Exupéry

RESUMO

CAMPOS, Isadora Assunção Veloso de Carvalho. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de um grupo de pré-escolares do Paranoá, DF, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Introdução: A saúde bucal é essencial para uma boa qualidade de vida. Na infância, o problema bucal mais prevalente é a cárie dentária, podendo causar transtornos no desempenho físico, social e psicológico da criança.

Objetivo: Avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em um grupo de pré-escolares e suas famílias do Paranoá, DF.

Métodos: A amostra constituiu de 47 pré-escolares do Centro Social João Paulo II, no Paranoá, DF. Um examinador registrou a presença de cárie, usando o instrumento CAST. A qualidade de vida foi avaliada, utilizando-se o questionário B-ECOHIS. As crianças foram agrupadas, considerando a gravidade da lesão de cárie: $CAST \leq 5$ e $CAST \geq 6$. Foram utilizados testes T para análise estatística.

Resultados: Das 47 crianças, 37 apresentaram lesões de cárie em dentina sem envolvimento pulpar e 10 apresentaram graus mais avançados da doença. Quanto à qualidade de vida, observou-se maior impacto da saúde bucal para crianças com $CAST \geq 6$ ($p=0.006$). Analisando o B-ECOHIS, observou-se que o impacto na família foi estatisticamente maior do que na criança ($p<0.05$).

Conclusão: Concluiu-se que quanto mais grave a situação da doença cárie, maior o impacto na qualidade de vida.

ABSTRACT

CAMPOS, Isadora Assunção Veloso de Carvalho. Impact of dental caries on the quality of life of a group of pre-school children of Paranoá, DF, 2015. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Background: Oral health is essential for a good quality of life. During childhood, the most common oral health problem is dental caries, possibly affecting the physical, social and psychological development of the infant.

Aim: To evaluate the impact of dental caries on the oral health-related quality of life in a group of pre-school children and in their families on the city of Paranoá, DF.

Design: A sample of 47 pre-school children of Centro João Paulo II, at Paranoá, DF, was enrolled in this study. An examiner registered the presence of caries using the CAST instrument and the quality of life was evaluated. The test T was used for statistical analysis. Children were grouped according to the cut-off points: $CAST \leq 5$ and $CAST \geq 6$.

Results: From the 47 children enrolled, 37 had caries without pulp involvement and the other 10 had a more severe degree of the condition. It was observed a more significant impact on life quality for children with $CAST \geq 6$ ($p=0.006$) in comparison to those with $CAST \leq 5$. With B-ECOHIS, it was observed that the impact of the family section was statistically higher than on the child section ($p<0.05$).

Conclusion: The more severe was the caries condition, the greater was the impact on the quality of life.

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO	17
FOLHA DE TÍTULO	19
Resumo	21
Abstract	23
Introdução.....	25
Material e Métodos.....	27
Resultados.....	34
Discussão	38
Referências	41
Anexos.....	45
Normas da Revista.....	45
Questionário Socioeconômico	63

ARTIGO CIENTÍFICO

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

CAMPOS, Isadora Assunção Veloso de Carvalho; LEAL, Soraya Coelho. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de um grupo de pré-escolares do Paranoá, DF.

Apresentado sob as normas de publicação do **International Journal of Paediatric Dentistry**.

FOLHA DE TÍTULO

Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de um grupo de pré-escolares do Paranoá, DF

Impact of dental caries on the quality of life of a group of pre-school children of Paranoá, DF

Isadora Assunção Veloso de Carvalho Campos¹
Soraya Coelho Leal²

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professora Adjunta de Odontopediatria da Universidade de Brasília.

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

RESUMO

Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de um grupo de pré-escolares do Paranoá, DF

Resumo

Introdução: A saúde bucal é essencial para uma boa qualidade de vida. Na infância, o problema bucal mais prevalente é a cárie dentária, podendo causar transtornos no desempenho físico, social e psicológico da criança.

Objetivo: Avaliar o impacto da cárie dentária na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em um grupo de pré-escolares e suas famílias do Paranoá, DF.

Métodos: A amostra constituiu de 47 pré-escolares do Centro Social João Paulo II, no Paranoá, DF. Um examinador registrou a presença de cárie, usando o instrumento CAST. A qualidade de vida foi avaliada, utilizando-se o questionário B-ECOHIS. As crianças foram agrupadas, considerando a gravidade da lesão de cárie: $CAST \leq 5$ e $CAST \geq 6$. Foram utilizados testes T para análise estatística.

Resultados: Das 47 crianças, 37 apresentaram lesões de cárie em dentina sem envolvimento pulpar e 10 apresentaram graus mais avançados da doença. Quanto à qualidade de vida, observou-se maior impacto da saúde bucal para crianças com $CAST \geq 6$ ($p=0.006$). Analisando o B-ECOHIS, observou-se que o impacto na família foi estatisticamente maior do que na criança ($p<0.05$).

Conclusão: Concluiu-se que quanto mais grave a situação da doença cárie, maior o impacto na qualidade de vida.

Palavras-chave

Qualidade de vida; Pré-escolares; Cárie dentária.

ABSTRACT

Impact of dental caries on the quality of life of a group of pre-school children of Paranoá, DF

Abstract

Background: Oral health is essential for a good quality of life. During childhood, the most common oral health problem is dental caries, possibly affecting the physical, social and psychological development of the infant.

Aim: To evaluate the impact of dental caries on the oral health-related quality of life in a group of pre-school children and in their families on the city of Paranoá, DF.

Design: A sample of 47 pre-school children of Centro João Paulo II, at Paranoá, DF, was enrolled in this study. An examiner registered the presence of caries using the CAST instrument and the quality of life was evaluated. The test T was used for statistical analysis. Children were grouped according to the cut-off points: $CAST \leq 5$ and $CAST \geq 6$.

Results: From the 47 children enrolled, 37 had caries without pulp involvement and the other 10 had a more severe degree of the condition. It was observed a more significant impact on life quality for children with $CAST \geq 6$ ($p=0.006$) in comparison to those with $CAST \leq 5$. With B-ECOHIS, it was observed that the impact of the family section was statistically higher than on the child section ($p<0.05$).

Conclusion: The more severe was the caries condition, the greater was the impact on the quality of life.

Keywords

Quality of life; Pre-school children; Dental caries.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é conceituada como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade¹. A saúde bucal faz parte da saúde geral e é essencial para a qualidade de vida. Todas as pessoas devem possuir uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver sem sentir dor ou desconforto, e se relacionar com os demais sem constrangimento².

Qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”³. Índices de qualidade de vida relacionados à saúde bucal mostram que distúrbios bucais e dentários podem causar transtornos no desempenho funcional, físico, psicológico e social da criança⁴. As lesões de cárie estão entre os principais problemas da saúde bucal da criança, acarretando dificuldades na mastigação, diminuição do apetite, perda de peso, alterações no sono, mudanças no comportamento e menor rendimento escolar⁵. Estes fatores podem impactar negativamente tanto na qualidade de vida das crianças, como na de suas famílias.

O instrumento *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade da Carolina do Norte, Estados Unidos, para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares⁶. O questionário ECOHIS passou por uma adaptação transcultural, que envolveu um processo de equivalência conceitual, de itens e semântica da sua tradução, tornando-o válido para ser utilizado no Brasil (B-ECOHIS). Esse processo faz com que o instrumento traduzido seja capaz de obter, na cultura para qual foi adaptado,

o mesmo efeito que o instrumento original tem no contexto em que foi criado. No B-ECOHIS, foi adicionado um novo item, em virtude de uma em relação à possibilidade de captação do impacto produzido pelos problemas bucais e tratamentos odontológicos sobre a rotina diária de crianças que não frequentam escola⁷.

Apesar dos grandes avanços relacionados à saúde bucal, muitas pessoas em todo o mundo, especialmente as de baixo nível socioeconômico, ainda são afetadas por problemas bucais como a cárie e a doença periodontal². Na infância, a cárie dentária é considerada a doença mais comum dentre aquelas que não regridem espontaneamente nem são passíveis de cura por intervenções farmacológicas de curto prazo⁵.

A cárie dentária é uma doença que resulta da colonização da superfície do esmalte por microorganismos, especialmente os *Streptococcus mutans*, que, metabolizando carboidratos fermentáveis, como a sacarose, produzem ácidos. Essa acidez localizada leva à dissolução do fosfato de cálcio das camadas superficiais da estrutura de esmalte, liberando fosfato e cálcio para o meio bucal. A partir de um determinado momento, essa perda mineral atinge tal grau que se observa a formação de uma cavidade cuja evolução corresponde à destruição da coroa dentária, envolvimento pulpar e perda do dente⁸.

Para detecção dos sinais clínicos de progressão da lesão cariosa, vários instrumentos de diagnóstico são desenvolvidos. O CAST (*Caries Assessment Spectrum and Treatment*) é um instrumento de avaliação de cárie dentária composto por dez escores ordenados hierarquicamente, que combina elementos do ICDAS II, PUFA e os componentes 'P' e 'O' do CPO. Foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores brasileiros e holandeses. O instrumento contempla dentes não afetados por cárie (hígidos, selados e restaurados) e dentes afetados pela cárie dentária em diferentes estágios, desde lesões em esmalte e

dentina à progressão na polpa, abscesso/fístula e dentes perdidos devido à cárie dentária⁹.

O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da cárie dentária, registrada utilizando-se o instrumento CAST, na qualidade de vida de um grupo de pré-escolares e de suas famílias.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram convidados a participar da pesquisa, alunos pré-escolares da Região Administrativa Paranoá (Brasília, Distrito Federal) do Centro Social João Paulo II, de ambos os sexos, entre 4 e 5 anos de idade. Dos 120 pré-escolares matriculados, foi possível avaliar clinicamente 106 crianças e foram coletados 47 questionários de qualidade de vida (B-ECOHIS). O fluxograma do estudo está apresentado na Figura 1.

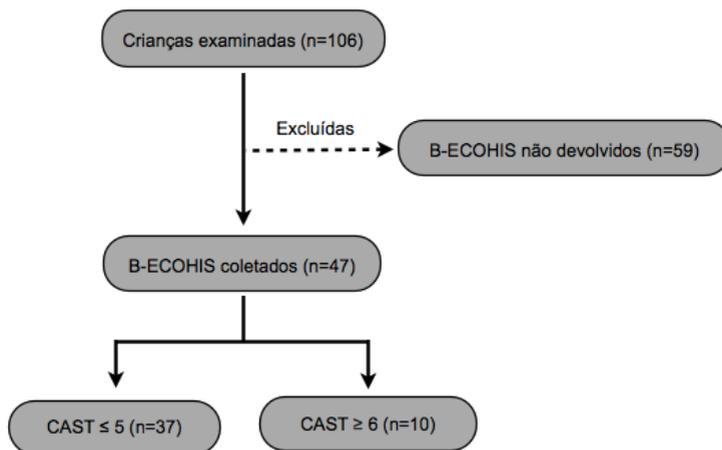


Figura 1. Fluxograma

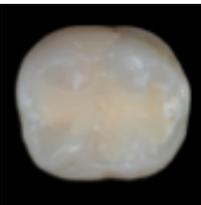
Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (referência 072/2012) e os exames só foram realizados após os pais terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as crianças com necessidade de tratamento foram encaminhadas para a Clínica de Odontopediatria da Universidade de Brasília.

Avaliação Clínica

Após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as crianças foram avaliadas quanto à presença de cárie por um único examinador, treinado e calibrado, em consultório odontológico situado no interior do Centro Social João Paulo II, por meio do instrumento CAST (Tabela 1). Foram utilizados espelho bucal clínico e sonda OMS esterilizados. No momento do exame clínico, os pré-escolares foram questionados se havia algum dente com sintomatologia dolorosa. Caso a resposta fosse afirmativa, eles deveriam indicar qual dente doía. Um anotador treinado foi responsável pelo preenchimento das fichas. 10% da amostra foi reexaminada após duas semanas para se avaliar o grau de concordância intra-examinador.

Para padronização dos exames, a calibração do examinador foi realizada a partir de exames clínicos em pacientes pediátricos da Clínica de Odontopediatria da Universidade de Brasília, totalizando 15 horas de treinamento.

Característica	Código	Descrição	Exemplo
Hígido	0	Não há presença de evidência visível nítida de lesão cariosa.	
Selante	1	Fóssulas e fissuras estão ao menos parcialmente cobertas com um material selante.	
Restauração	2	A cavidade está restaurada com um material restaurador indireto ou direto.	
Esmalte	3	Nítida mudança visual no esmalte, somente. É visível uma evidente descoloração de origem cariosa, que apresenta ou não uma ruptura localizada do esmalte.	

Característica	Código	Descrição	Exemplo
Dentina	4	Descoloração interna relacionada à cárie em dentina. A dentina descolorida é visível através do esmalte, que pode ou não apresentar ruptura localizada.	
	5	Cavitação nítida em dentina. A câmara pulpar está intacta.	
Polpa	6	Envolvimento da câmara pulpar. Cavitação nítida envolvendo a câmara pulpar ou presença somente de restos radiculares.	
Abscesso/ Fístula	7	Presença de um inchaço contendo pus ou um trato liberando pus, relacionado a um dente com envolvimento pulpar.	

Característica	Código	Descrição	Exemplo
Perdido	8	O dente foi removido devido à cárie dentária.	
Outro	9	Não corresponde às demais descrições.	

*Fonte: Manual CAST (de Souza *et al*, 2013)

Tabela 1. Instrumento CAST, seus códigos e descrições.

Avaliação da qualidade de vida

O questionário de qualidade de vida, B-ECOHIS (Tabela 2), foi enviado para os pais e, aqueles devolvidos foram incluídos para análise. O B-ECOHIS é composto por 13 itens distribuídos em duas seções: a Seção de Impacto na Criança (SIC) e a Seção de Impacto na Família (SIF). A SIC tem quatro domínios: sintomas na criança, função da criança, psicológico da criança e auto-imagem e interação social da criança. A SIF tem dois domínios: aflição dos pais e função na família. A escala tem cinco respostas que variam na frequência que o evento ocorreu na vida da criança: 0 = nunca, 1 = quase nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = com frequência, 4 = com muita frequência, 5 = não sei⁶. As pontuações do B-ECOHIS, total e por domínios, foram calculadas a partir da somatória dos códigos das respostas, depois de codificar “não sei” como respostas faltantes.

Informações a respeito do nível socioeconômico também foram coletadas por meio de questionário (Anexo 2).

Item	Questão	Domínio
Seção de Impacto na Criança		
1	Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?	Sintoma
2	Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?	Função
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?	Psicológico
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?	Auto- imagem/ Social

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

Seção de Impacto na Família

- 10 Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? Angústia
- 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? Função

Opções de Resposta

- 1 Nunca
- 2 Quase nunca
- 3 Às vezes (de vez em quando)
- 4 Com frequência
- 5 Com muita frequência
- 6 Não sei

Tabela 2. Questões que compõem o questionário B-ECOHIS divididas em Seção de Impacto na Criança e Seção de Impacto na Família e seus respectivos domínios.

Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada por um bioestatístico utilizando-se o software IBM SPSS para o Windows, 21.0 (Chicago, IL, USA). Para o cálculo de concordância intra-examinador foi utilizado o *Kappa* não ponderado. Diferenças entre os escores médios do B-ECOHIS obtido para crianças com CAST ≤ 5 e ≥ 6 foram calculadas utilizando-se o teste T. O nível de significância foi de 95%.

RESULTADOS

Das 47 crianças avaliadas, 25 eram meninos e 22 meninas, com idade média de 4,4 anos. A classificação do CAST foi feita com a análise por dente, adotando o escore mais grave observado. Com relação à distribuição dos escores do CAST, observou-se que a maioria delas apresentou escore 5 (Gráfico 1). As crianças foram agrupadas de acordo com o relato de dor, sendo que aquelas que se queixaram de dor foram as que apresentavam um estágio mais avançado da doença (CAST 6, 7 ou 8). Foi verificada uma boa concordância intra-examinador para avaliação da cárie dentária, com o coeficiente *Kappa* de 0,68.

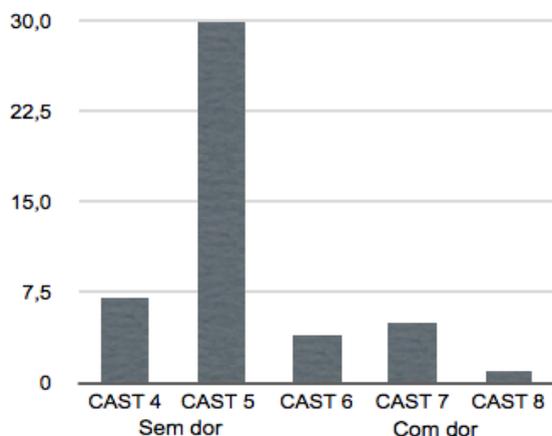


Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com os escores CAST e história de dor.

No que se refere aos dados socioeconômicos, a renda familiar média foi de 2 a 5 salários mínimos e o grau de escolaridade dos pais não ultrapassou o ensino médio.

Quanto aos resultados da avaliação de qualidade de vida, observou-se que o valor médio do B-ECOHIS das crianças com CAST ≥ 6 foi estatisticamente superior àquele observado para as crianças menos afetadas pela doença (Tabela 3).

	Número de crianças	Média B-ECOHIS (\pm DP)	P
CAST ≤ 5	37	0.521 (\pm 0.6122)	0.006
CAST ≥ 6	10	1.162 (\pm 0.6373)	

Tabela 3. Valor médio e Desvio Padrão do B-ECOHIS de acordo com os escores CAST.

Quando avaliou-se o impacto na qualidade de vida considerando a Seção de Impacto na Criança e a Seção de Impacto na Família, observou-se que, independente do escore CAST, o valor da seção familiar foi o que mais contribuiu para o valor médio do B-ECOHIS. Quando as crianças com $CAST \leq 5$ foram comparadas àquelas com $CAST \geq 6$, observou-se valores médios estatisticamente superiores para aquelas portadoras dos casos mais graves de cárie, tanto para a seção da criança quanto para a seção familiar (Tabela 4).

		Número de crianças	Média B-ECOHIS ($\pm DP$)	P
Seção Impacto na Criança (SIC)	CAST ≤ 5	37	0.4304 (± 0.64559)	0.025
	CAST ≥ 6	10	0.9633 (± 0.63430)	
Seção Impacto na Família (SIF)	CAST ≤ 5	37	0.7365 (± 0.71915)	0.001
	CAST ≥ 6	10	1.6833 (± 0.82102)	

Tabela 4. Valor médio e Desvio Padrão do B-ECOHIS relacionados à classificação CAST e às subdivisões Seção de Impacto na Criança e Seção de Impacto na Família.

Ao se analisar o impacto na qualidade de vida considerando os domínios do B-ECOHIS, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os pré-escolares com $CAST \leq 5$ daqueles com $CAST \geq 6$ para os domínios 'Função' e 'Social' referentes à seção da criança. Para todos os outros domínios, os valores médios do B-ECOHIS foram estatisticamente superiores para as crianças com escores CAST de maior gravidade (Tabela 5).

Domínios		Número de crianças	Média B-ECOHIS (±DP)	P	
Seção Impacto na Criança (SIC)	Sintoma	CAST ≤ 5	36	0.8889 (±1.03586)	0.004
		CAST ≥ 6	10	2.0000 (±0.94281)	
	Função	CAST ≤ 5	37	0.4297 (±0.68915)	0.09
		CAST ≥ 6	10	0.8700 (±0.80007)	
	Psicológico	CAST ≤ 5	37	0.3649 (±0.71345)	0.001
		CAST ≥ 6	10	1.3000 (±0.82327)	
	Social	CAST ≤ 5	37	0.2703 (±0.69317)	0.976
		CAST ≥ 6	9	0.2778 (±0.50690)	
Seção Impacto na Família (SIF)	Angústia	CAST ≤ 5	37	0.9324 (±0.98009)	0.01
		CAST ≥ 6	10	1.9000 (±1.12546)	
	Função	CAST ≤ 5	36	0.5556 (±0.69465)	0.001
		CAST ≥ 6	10	1.5000 (±0.91287)	

Tabela 5. Valor médio e Desvio Padrão do B-ECOHIS relacionados à classificação CAST e aos domínios das subdivisões das Seções Impacto na Criança e na Família.

DISCUSSÃO

O método de avaliação do estado de saúde bucal mais comumente empregado repousa na avaliação clínica dos profissionais. Todo sistema de necessidade normativa ignora aspectos sociocomportamentais, dando pouca ou nenhuma atenção a fatores importantes, como medidas de qualidade de vida, ou seja, como a condição bucal afeta a vida diária das pessoas¹⁰. Assim, a avaliação da qualidade de vida relacionada com saúde bucal tem sido amplamente recomendada como uma ferramenta complementar para entender melhor o impacto dos problemas de saúde bucal no desempenho diário do indivíduo¹¹.

O ECOHIS é um instrumento concebido para uso em crianças de 2 a 5 anos de idade. Deve ser preenchido pelos pais da criança e tem o potencial para ser aplicado em levantamentos epidemiológicos para avaliar a qualidade de vida⁶. Apesar de a qualidade de vida ser melhor avaliada pela auto-percepção do indivíduo³, alguns grupos de crianças, como as muito jovens, as incapacitadas e as gravemente enfermas, apresentam dificuldades para fornecer informação acurada sobre a sua qualidade de vida¹². Desta forma, considerando a faixa etária das crianças incluídas na presente investigação, a melhor opção foi o emprego do B-ECOHIS, que já foi validado para uso na língua portuguesa⁶.

Quanto aos resultados obtidos, observou-se que a cárie dentária impactou negativamente na qualidade de vida tanto das crianças quanto de suas famílias. E o impacto foi maior para aquelas que apresentavam um estágio mais avançado da doença, ou seja,

com envolvimento pulpar, abscesso, fístula, com histórico de extração por cárie e de dor dentária. Resultados semelhantes foram descritos tanto para pré-escolares⁴, quanto para escolares¹¹. Além disso, os resultados da presente investigação corroboram o relatado por Leal *et al* (2012)¹¹ que mostrou que crianças que apresentaram fístula, abscesso e história de extração dentária tiveram maiores chances de, também, apresentar valores maiores no B-ECOHIS.

Neste quesito, a escolha do instrumento CAST para o registro das lesões de cárie mostrou-se extremamente útil. Diferentemente de outros métodos usualmente empregados em levantamentos epidemiológicos, como o critério proposto pela OMS¹³ e o ICDAS II¹⁴, o CAST é capaz de diferenciar lesões em dentina, daquelas que já estão envolvendo a polpa, bem como quando já há a presença de fístula e abscesso. Desta forma, a utilização do CAST facilitou o cruzamento dos dados referentes à cárie e à qualidade de vida, reforçando a ideia de que o instrumento permite um relato mais abrangente dos estágios da doença¹⁵.

Ao se observar os valores médios do B-ECOHIS por domínio, fica clara a associação de dor reportada pela criança e as respostas dadas pelos pais. Para as crianças que disseram estar com dor de dente, os domínios que mais contribuíram para os altos valores do B-ECOHIS obtidos referem-se exatamente a questões relacionadas com dor (domínio 'Sintoma') e dificuldade de dormir e irritabilidade (domínio 'Psicológico') como consequência provável da dor de dente. No estudo de Moura-Leite *et al* (2008), também notou-se que a dor de dente tem efeito negativo no bem-estar das crianças. 59,3% dos pais das crianças avaliadas relataram um ou mais impactos negativos como resultado da dor de seus filhos¹⁶.

Crianças são seres dependentes e a família compreende a rede de indivíduos que dá suporte e afeta de forma mais acentuada a qualidade de vida da criança. No sentido inverso, a própria

família é afetada pelos problemas de saúde da criança¹⁷. Familiares de crianças portadoras de doenças crônicas muitas vezes têm suas atividades diárias limitadas e experimentam medos e ansiedades devido aos problemas de saúde da criança¹⁸. Além disso, os problemas de saúde podem produzir impactos financeiros que tendem a aumentar o estresse familiar¹⁹. Isso pôde ser observado na presente investigação, em que verificou-se que o problema bucal apresentado pelos pré-escolares teve um impacto maior na qualidade de vida da família do que na da própria criança, sugerindo que os pais se sentem culpados frente à situação de sofrimento dos filhos e também prejudicados financeiramente com os gastos feitos com tratamentos odontológicos. No caso da população estudada, talvez a culpa dos pais esteja associada ao fato de os mesmos não terem tido condições econômicas de financiar o tratamento dentário de forma a evitar a progressão das lesões de cárie. Este fato pode levar a criança a sentir dor e/ou ter de se submeter à extração dentária.

Quanto às limitações da presente investigação, destaca-se o número de questionários coletados. Apesar das inúmeras tentativas feitas de contactar os pais, o baixo retorno aponta para a grande dificuldade de se estabelecer um diálogo com estas famílias. Isto se refletiu também na baixa adesão dos pais quanto ao tratamento oferecido gratuitamente na Clínica de Odontopediatria. A busca foi maior por aquelas famílias cujas crianças apresentavam quadros mais graves da doença.

Assim, de maneira geral, os resultados aqui apresentados ressaltam a necessidade de investir em ações educativas para que as famílias de baixa renda possam valorizar a saúde bucal. Evidenciam também, a necessidade de se fazer o diagnóstico da cárie quando ainda em estágios iniciais, uma vez que lesões mais avançadas terão um impacto negativo muito maior na qualidade de vida tanto das crianças quanto de suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: World Health Organization; 1946.
2. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2003; 31 Suppl 1:3-23.
3. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life assesment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*, 1998; 28:551-8.
4. Alvarez JHA. Impacto das doenças e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.
5. Alvarez JA, Alves FBT, Murakami C. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na Primeira Infância*. 3a ed. São Paulo: Santos, 2009; 915-23.
6. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD: Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*, 2007; 5:6.
7. Tesh FC, Oliveira BH, Leão A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24(8):1897-1909.
8. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de

Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 2000; 5(2):381-392.

9. de Souza AL, Frencken JE, Leal SC, van der Sanden WJM. CAST Caries Assessment Spectrum and Treatment Manual. Department of Global Oral Health, 2013.
10. Sheiham A, Tsakos G. Avaliando necessidades através de abordagem sócio-odontológica. In: Pinto VG, organizador. Saúde bucal coletiva, 5a ed. São Paulo (SP): Ed Santos; 2008. p. 287-316.
11. Leal SC, Bronkhorst EM, Fan M, JE Frencken. Untreated Cavited Dentine Lesions: Impact on Children's Quality of Life. Caries Res 2012; 46:102-106.
12. Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. J Clin Psychol 2001; 57:571-85.
13. World Health Organization: Oral health survey, Basic methods. 4th edition. Geneva: World Health Organization; 1997.
14. Frencken JE, de Souza AL, van der Sanden WJM, Bronkhorst EM, Leal SC. The Caries Assessment and Treatment (CAST) instrument. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2013; 41:71–77.
15. De Souza AL, Leal SC, Bronkhorst EM, Frencken JE. Assessing caries status according to the CAST instrument and WHO criterion in epidemiological studies. BMC Oral Health 2014; 14:119.
16. Moura-Leite FR, Ramos-Jorge ML, Bonanato K, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA. Prevalence, intensity and impact of dental pain in 5-year-old preschool children. Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil. Oral Health & Preventive Dentistry 2008, 6(4):295-301.

17. Pal DK. Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50:391-6.
18. Tesh FC, de Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(11):2555-2564.
19. Stein RE, Jessop DJ. The impact on family scale revisited: further psychometric data. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24:9-16.

ANEXOS

ANEXO 1 NORMAS DA REVISTA

Author Guidelines

Content of Author Guidelines: 1. General, 2. Ethical Guidelines, 3. Manuscript Submission Procedure, 4. Manuscript Types Accepted, 5. Manuscript Format and Structure, 6. After Acceptance.

Relevant Documents: [Sample Manuscript](#)

Useful Websites: [Submission Site](#), [Articles published in *International Journal of Paediatric Dentistry*](#), [Author Services](#), [Wiley-Blackwell's Ethical Guidelines](#), [Guidelines for Figures](#).

CrossCheck

The journal to which you are submitting your manuscript employs a plagiarism detection system. By submitting your manuscript to this journal you accept that your manuscript may be screened for plagiarism against previously published works.

1. GENERAL

International Journal of Paediatric Dentistry publishes papers on all aspects of paediatric dentistry including: growth and development, behaviour management, prevention, restorative treatment and issue relating to medically compromised children or those with disabilities. This peer-reviewed journal features scientific articles, reviews, clinical techniques, brief clinical

reports, short communications and abstracts of current paediatric dental research. Analytical studies with a scientific novelty value are preferred to descriptive studies.

Please read the instructions below carefully for details on the submission of manuscripts, the journal's requirements and standards as well as information concerning the procedure after acceptance of a manuscript for publication in *International Journal of Paediatric Dentistry*. Authors are encouraged to visit [Wiley-Blackwell Author Services](#) for further information on the preparation and submission of articles and figures.

In June 2007, the Editors gave a presentation on [How to write a successful paper](#) for the *International Journal of Paediatric Dentistry*.

2. ETHICAL GUIDELINES

Submission is considered on the conditions that papers are previously unpublished, and are not offered simultaneously elsewhere; that authors have read and approved the content, and all authors have also declared all competing interests; and that the work complies with the [Ethical Policies of the Journal](#) and has been conducted under internationally accepted ethical standards after relevant ethical review.

3. CONFLICT OF INTEREST

International Journal of Paediatric Dentistry requires that all authors disclose any potential sources of conflict of interest. Any interest or relationship, financial or otherwise that might be perceived as influencing an author's objectivity is considered a potential source of conflict of interest. Conflict of interest forms (see link below) must be disclosed when directly relevant or indirectly related to the work that the authors describe in their

manuscript. Potential sources of conflict of interest include but are not limited to patent or stock ownership, membership of a company board of directors, membership of an advisory board or committee for a company, and consultancy for or receipt of speaker's fees from a company. If the authors have no conflict of interest to declare, they must also state this at submission.

It is the responsibility of the corresponding author to have all authors of a manuscript fill out a conflict of interest disclosure form, and to upload all forms as supplementary material as the manuscript is submitted. Please find the form below:

Conflict of Interest Disclosure Form

(If you encounter problems when accessing the above form, please copy the link and open the form in an Internet Explorer Browser)

4. MANUSCRIPT SUBMISSION PROCEDURE

Articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should be submitted electronically via an online submission site. Full instructions and support are available on the site and a user ID and password can be obtained on the first visit. Support is available by phone (+1 434 817 2040 ext. 167) or [here](#). If you cannot submit online, please contact Mirlyn Consador in the Editorial Office by e-mail IJPDedoffice@wiley.com.

4.1. Getting Started

Launch your web browser (supported browsers include Internet Explorer 5.5 or higher, Safari 1.2.4, or Firefox 1.0.4 or higher) and go to the journal's online submission site:<http://mc.manuscriptcentral.com/ijpd>

*Log-in or, if you are a new user, click on 'register here'.

*If you are registering as a new user.

- After clicking on 'Create Account', enter your name and e-mail information and click 'Next'. Your e-mail information is very important.

- Enter your institution and address information as appropriate, and then click 'Next.'

- Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your area of expertise. Click 'Finish'.

*If you are already registered, but have forgotten your log in details, enter your e-mail address under 'Password Help'. The system will send you an automatic user ID and a new temporary password.

*Log-in and select 'Author Center'.

4.2. Submitting Your Manuscript

After you have logged into your 'Author Center', submit your manuscript by clicking on the submission link under 'Author Resources'.

* Enter data and answer questions as appropriate.

* You may copy and paste directly from your manuscript and you may upload your pre-prepared covering letter. **Please note** that a separate *Title Page* must be submitted as part of the submission process as 'Title Page' and should contain the following:

- Word count (excluding tables)
- Authors' names, professional and academic qualifications, positions and places of work. They must all have actively contributed to the overall design and execution of the study/paper and should be listed in order of importance of their contribution
- Corresponding author address, and telephone and fax numbers and email address

*Click the 'Next' button on each screen to save your work and advance to the next screen.

*You are required to upload your files.

- Click on the 'Browse' button and locate the file on your computer.

- Select the designation of each file in the drop down next to the Browse button.

- When you have selected all files you wish to upload, click the 'Upload Files' button.

* Review your submission (in HTML and PDF format) before completing your submission by sending it to the Journal. Click the 'Submit' button when you are finished reviewing.

4.3. Manuscript Files Accepted

Manuscripts should be uploaded as Word (.doc) or Rich Text Format (.rtf) files (not write-protected) plus separate figure files. GIF, JPEG, PICT or Bitmap files are acceptable for submission, but only high-resolution TIF or EPS files are suitable for printing. The files will be automatically converted to HTML and a PDF document on upload and will be used for the review process. The text file must contain the entire manuscript including title page, abstract, text, references, tables, and figure legends, but no embedded figures. In the text, please reference figures as for instance 'Figure 1', 'Figure 2' to match the tag name you choose for the individual figure files uploaded. Manuscripts should be formatted as described in the Author Guidelines below. Please note that any manuscripts uploaded as Word 2007 (.docx) is now accepted by IPD. As such manuscripts can be submitted in both .doc and .docx file types.

4.4. Review Process

The review process is entirely electronic-based and therefore facilitates faster reviewing of manuscripts. Manuscripts will be reviewed by experts in the field (generally two reviewers), and the Editor-in-Chief makes a final decision. *The International Journal of Paediatric Dentistry* aims to forward reviewers' comments and to inform the corresponding author of the result of the review process. Manuscripts will be considered for 'fast-track publication' under special circumstances after consultation with the Editor-in-Chief.

4.5. Suggest a Reviewer

International Journal of Paediatric Dentistry attempts to keep the review process as short as possible to enable rapid publication of new scientific data. In order to facilitate this process, please suggest the names and current email addresses of a potential international reviewer whom you consider capable of reviewing your manuscript and their area of expertise. In addition to your choice the journal editor will choose one or two reviewers as well.

4.6. Suspension of Submission Mid-way in the Submission Process

You may suspend a submission at any phase before clicking the 'Submit' button and save it to submit later. The manuscript can then be located under 'Unsubmitted Manuscripts' and you can click on 'Continue Submission' to continue your submission when you choose to.

4.7. E-mail Confirmation of Submission

After submission you will receive an e-mail to confirm receipt of your manuscript. If you do not receive the confirmation e-mail

after 24 hours, please check your e-mail address carefully in the system. If the e-mail address is correct please contact your IT department. The error may be caused by some sort of spam filtering on your e-mail server. Also, the e-mails should be received if the IT department adds our e-mail server (uranus.scholarone.com) to their whitelist.

4.8. Manuscript Status

You can access ScholarOne Manuscripts any time to check your 'Author Center' for the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

4.9. Submission of Revised Manuscripts

Revised manuscripts must be uploaded within 2 months of authors being notified of conditional acceptance pending satisfactory revision. Locate your manuscript under 'Manuscripts with Decisions' and click on 'Submit a Revision' to submit your revised manuscript. Please remember to delete any old files uploaded when you upload your revised manuscript. All revisions must be accompanied by a cover letter to the editor. The letter must a) detail on a point-by-point basis the author's response to each of the referee's comments, and b) a revised manuscript highlighting exactly what has been changed in the manuscript after revision.

4.10 Online Open

OnlineOpen is available to authors of primary research articles who wish to make their article available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article. With OnlineOpen, the author, the author's funding agency, or the author's institution pays a fee to ensure that the article is made available to non-subscribers upon

publication via Wiley Online Library, as well as deposited in the funding agency's preferred archive.

For the full list of terms and conditions, see http://wileyonlinelibrary.com/onlineopen#OnlineOpen_Terms.

Any authors wishing to send their paper OnlineOpen will be required to complete the payment form available from our website at https://authorservices.wiley.com/bauthor/onlineopen_order.asp

Prior to acceptance there is no requirement to inform an Editorial Office that you intend to publish your paper OnlineOpen if you do not wish to. All OnlineOpen articles are treated in the same way as any other article. They go through the journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.

5. MANUSCRIPT TYPES ACCEPTED

Original Articles: Divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order. The summary should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions and should be less than 200 words. A brief description, in bullet form, should be included at the end of the paper and should describe Why this paper is important to paediatric dentists.

Review Articles: may be invited by the Editor.

Short Communications: should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

Clinical Techniques: This type of publication is best suited to describe significant improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches to recognised clinical challenges.

Brief Clinical Reports/Case Reports: Short papers not exceeding 800 words, including a maximum of three illustrations and five references may be accepted for publication if they serve to promote communication between clinicians and researchers. If the paper describes a genetic disorder, the OMIM unique six-digit number should be provided for online cross reference (Online Mendelian Inheritance in Man).

A paper submitted as a Brief Clinical/Case Report should include the following:

- a short **Introduction** (avoid lengthy reviews of literature);
- the **Case report** itself (a brief description of the patient/s, presenting condition, any special investigations and outcomes);
- a **Discussion** which should highlight specific aspects of the case(s), explain/interpret the main findings and provide a scientific appraisal of any previously reported work in the field.
- Please provide up to 3 bullet points for your manuscript under the heading: 1. Why this clinical report is important to paediatric dentists. Bullet points should be added to the end of your manuscript, before the references.

Letters to the Editor: Should be sent directly to the editor for consideration in the journal.

6. MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

6.1. Format

Language: The language of publication is English. UK and US

spelling are both acceptable but the spelling must be consistent within the manuscript. The journal's preferred choice is UK spelling. Authors for whom English is a second language must have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. It is preferred that manuscript is professionally edited. A list of independent suppliers of editing services can be found

at http://authorservices.wiley.com/bauthor/english_language.asp.

All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication

6.2. Structure

The whole manuscript should be double-spaced, paginated, and submitted in correct English. The beginning of each paragraph should be properly marked with an indent.

Original Articles (Research Articles): should normally be divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order.

Summary should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions.

Introduction should be brief and end with a statement of the aim of the study or hypotheses tested. Describe and cite only the most relevant earlier studies. Avoid presentation of an extensive

review of the field.

Material and methods should be clearly described and provide enough detail so that the observations can be critically evaluated and, if necessary repeated. Use section subheadings in a logical order to title each category or method. Use this order also in the results section. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.

(i) Experimental Subjects: Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association [Declaration of Helsinki](#) (version 2008) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used.

(ii) Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material.

International Journal of Paediatric Dentistry encourages authors

submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries: www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials.ifpma.org/clinicaltrials/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

(iii) DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations: Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

Results should clearly and concisely report the findings, and division using subheadings is encouraged. Double documentation of data in text, tables or figures is not acceptable. Tables and figures should not include data that can be given in the text in one or two sentences.

Discussion section presents the interpretation of the findings. This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Avoid repetition of results, do not use subheadings or reference to tables in the results section.

Bullet Points should include one heading:

*Why this paper is important to paediatric dentists.

Please provide maximum 3 bullets per heading.

Review Articles: may be invited by the Editor. Review articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should include: a) description of search strategy of relevant literature (search terms

and databases), b) inclusion criteria (language, type of studies i.e. randomized controlled trial or other, duration of studies and chosen endpoints, c) evaluation of papers and level of evidence. For examples see:

Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica* 2003; 61: 347-355.

Paulsson L, Bondemark L, Söderfeldt B. A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth-crown dimensions, and tooth maturity and eruption. *Angle Orthodontist* 2004; 74: 269-279.

Clinical Techniques: This type of publication is best suited to describe significant improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches to recognised clinical challenges. They should conform to highest scientific and clinical practice standards.

Short Communications: Brief scientific articles or short case reports may be submitted, which should be no longer than three pages of double spaced text, and include a maximum of three illustrations. They should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Please also include specifications of the source of funding for the study and any potential conflict of interests if appropriate. Suppliers of materials should be named and their location (town,

state/county, country) included.

6.3. References

A maximum of 30 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System). They should be identified in the text by superscripted Arabic numbers and listed at the end of the paper in numerical order. Identify references in text, tables and legends. Check and ensure that all listed references are cited in the text. Non-refereed material and, if possible, non-English publications should be avoided. Congress abstracts, unaccepted papers, unpublished observations, and personal communications may not be placed in the reference list. References to unpublished findings and to personal communication (provided that explicit consent has been given by the sources) may be inserted in parenthesis in the text. Journal and book references should be set out as in the following examples:

1. Kronfol NM. Perspectives on the health care system of the United Arab Emirates. *East Mediter Health J.* 1999; 5: 149-167.
2. Ministry of Health, Department of Planning. Annual Statistical Report. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.
3. Al-Mughery AS, Attwood D, Blinkhorn A. Dental health of 5-year-old children in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 308-309.
4. Al-Hosani E, Rugg-Gunn A. Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in preschool children in Abu Dhabi. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 31-36.

If more than 6 authors please, cite the three first and then et al. When citing a web site, list the authors and title if known, then the

URL and the date it was accessed (in parenthesis). Include among the references papers accepted but not yet published; designate the journal and add (in press). Please ensure that all journal titles are given in abbreviated form.

We recommend the use of a tool such as [Reference Manager](#) for reference management and formatting. Reference Manager reference styles can be searched for here: www.refman.com/support/rmstyles.asp.

6.4. Illustrations and Tables

Tables: should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title. Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines

Figures and illustrations: All figures should be submitted electronically with the manuscript via ScholarOne Manuscripts (formerly known as Manuscript Central). Each figure should have a legend and all legends should be typed together on a separate sheet and numbered accordingly with Arabic numerals. Avoid 3-D bar charts.

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution

of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: lineart: >600 dpi; half-tones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Wiley-Blackwell's guidelines for figures: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/illustration.asp>.

Check your electronic artwork before submitting it: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/eachecklist.asp>.

7. AFTER ACCEPTANCE

7.1. Copyright

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the copyright transfer agreement

If the OnlineOpen option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright transfer agreement (CTA) to sign. The terms and conditions of the CTA can be previewed in the samples associated with the Copyright FAQs below:

CTA Terms and Conditions http://exchanges.wiley.com/authors/faqs---copyright_301.html

For authors choosing OnlineOpen

If the OnlineOpen option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services http://exchanges.wiley.com/authors/faqs---copyright-_301.html and visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

If you select the OnlineOpen option and your research is funded by certain funders [e.g. The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) or the Austrian Science Fund (FWF)] you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with your Funder requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy please visit: <http://www.wiley.com/go/funderstatement>.

7.2. Permissions

If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the publisher.

7.3. NIH Public Access Mandate

For those interested in the Wiley-Blackwell policy on the NIH Public Access Mandate, [please visit our policy statement](#).

ANEXO 2**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**Sobre você:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

1. Trabalha fora? () Sim () Não

2. Você mora em imóvel:

() Próprio quitado () Financiado () Alugado () Outro: _____

3. Você é:

() Solteira () Casada () Divorciada () Outro

4. Quantos anos você tinha quando teve o seu filho?

() Menos de 24 anos () Igual ou superior a 24 anos

5. Quantas pessoas moram com você? _____

6. Quantas trabalham? _____

7. Quantas crianças na família?

() Uma () Duas () Mais que duas

8. Por mês, qual a renda aproximada da família?

() Nenhuma renda () Até 1 salário mínimo () Mais de 1 até 2 salários mínimos () Mais de 2 até 5 () Mais de 5 até 8 () Mais de 8 salários mínimos.

9. Qual sua escolaridade?

() Nunca estudei () Ensino fundamental () Ensino médio

Ensino superior incompleto Ensino superior completo

10. Qual a escolaridade do pai do seu filho?

Nunca estudou Ensino fundamental Ensino médio

Ensino superior incompleto Ensino superior completo