



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
APLICADAS À SAÚDE**

KARLA ISABELLA MENEZES DE JESUS

**IMPACTO FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE
BUCAL EM CRIANÇAS DE 8 A 10 ANOS DE IDADE DE
LAGARTO, SERGIPE, BRASIL**

**LAGARTO-SE
2024**

KARLA ISABELLA MENEZES DE JESUS

**IMPACTO FAMILIAR, QUALIDADE DE VIDA E
SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE 8 A 10 ANOS DE
IDADE DE LAGARTO, SERGIPE, BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, Sergipe, Brasil, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Natália Silva Andrade

Linha de Pesquisa: Educação e saúde das populações e seus determinantes.

**LAGARTO-SE
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

J58i Jesus, Karla Isabella Menezes de
Impacto familiar, qualidade de vida e saúde bucal em crianças de 8 a 10 anos de idade de Lagarto, Sergipe, Brasil / Karla Isabella Menezes de Jesus ; orientadora Natália Silva Andrade. – Lagarto, SE, 2024.
61 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2024.

1. Odontologia. 2. Saúde bucal. 3. Cáries dentárias. 4. Epidemiologia. 5. Qualidade de vida. I. Andrade, Natália Silva, orient. II. Título.

CDU 616.314-084

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à **Deus**, por ser uma fortaleza e guia em toda a minha vida.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*A **Profa. Dra. Natália Silva Andrade** por todo auxílio, amizade e grande exemplo de pessoa e docente. Sou grata pela sua paciência, por estender a mão e fazer parte do meu processo de evolução. Por ser um guia exemplar e está sempre disposta ajudar, com todo seu zelo e amor pela profissão. Foram anos de muitos aprendizados, não só científicos, mas também para a vida. Levarei para sempre no meu coração. Obrigada por tudo!*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me proporcionar a dádiva da vida. Sou imensamente grata pela saúde e oportunidade de lutar diariamente para conseguir atingir novas conquistas.

Aos meus pais, pela compreensão, amor e apoio. Sou imensamente grata por tê-los como guias e mentores. Obrigada por serem uma fonte inesgotável de paciência e sabedoria.

Ao meu amigo Gabriel, por está sempre comigo em todas as jornadas que trilhei.

À Prof^a. Dra. Katharina Morant, minha profunda gratidão. Ter sua presença no meu processo de aprendizado durante longos anos foi de extrema valia. Sou grata pelo carinho, auxílio e comprometimento. Grande exemplo a ser seguido.

À todos que participaram dessa pesquisa, pela colaboração e disposição durante todo o processo.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À **Universidade Federal de Sergipe (UFS)** e ao **Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas a Saúde (PPGCAS)**.

À todos os **professores** do PPGCAS, que puderam contribuir com a minha formação.

À todos **gestores** das escolas, que foram essenciais para a realização da coleta de dados desta pesquisa.

RESUMO

Impacto familiar, qualidade de vida e saúde bucal em crianças de 8 a 10 anos de idade de Lagarto, Sergipe, Brasil, Karla Isabella Menezes de Jesus, Lagarto, Sergipe, Brasil, 2022.

As doenças bucais, como a cárie dentária, a doença periodontal e os traumatismos dentários, são considerados problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Os impactos familiares causados por essas condições podem significar sobrecarga dos responsáveis pelas crianças que precisam alterar a rotina diária domiciliar, como faltar ao trabalho e ter o sono interrompido, por exemplo. Por isso o objetivo deste estudo é avaliar o impacto familiar e na qualidade de vida causado pelos problemas de saúde bucal em crianças de 8 a 10 anos de idade matriculadas em escolas públicas e privadas do município de Lagarto, Sergipe, Brasil. Trata-se de um estudo observacional, transversal. A amostra ideal para o estudo é de 346 crianças e foi obtida utilizando o software Epi-info, no módulo STATCALC, versão 7.0. As características socioeconômicas e demográficas da amostra foram coletadas por meio da aplicação de questionário próprio aos responsáveis legais das crianças. Foi aplicada a versão brasileira da Escala de Impacto Familiar (FIS) aos responsáveis e do *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ) versão reduzida para as crianças. Para análise dos resultados foi realizada análise descritiva dos dados e aplicado teste de Mann-Whitney. A amostra final foi de 330 crianças, sendo 176 (53,3%) do sexo feminino, com média de idade de 8,92 anos. As prevalências de experiência de cárie e sangramento gengival foram, respectivamente, de 66,1% e 78,5%. A necessidade de tratamento restaurador estava presente em 32,4% e de urgência em 22,7% dos escolares. A experiência de cárie levou a uma pontuação significativamente maior no domínio sintomas orais do questionário de qualidade de vida ($p = 0,034$) e o sangramento gengival no domínio de bem-estar social ($p=0,008$). Diante dos resultados obtidos, concluiu-se que a cárie e o sangramento gengival tiveram impacto negativo na qualidade de vida. Ademais, o sangramento gengival, teve um impacto negativo no domínio dificuldade financeira na família.

Palavras-chaves: Epidemiologia; Saúde bucal; Qualidade de vida

ABSTRACT

Family impact, quality of life and oral health in 8- to 10-year-old children from Lagarto, Sergipe, Brazil, Karla Isabella Menezes de Jesus, Lagarto, Sergipe, Brazil, 2022.

Oral diseases such as dental caries, periodontal disease, dental trauma have been considered public health problems in Brazil and worldwide. The family impacts caused can mean overloading those responsible for the children who need to change the daily routine at home, such as missing work and having their sleep interrupted. This is an observational, cross-sectional study. The ideal sample for the study are 346 children and was obtained using the Epi-info software, in the STATCALC module, version 7.0. The socioeconomic and demographic characteristics of the sample were collected through the application of a specific questionnaire to the children's legal guardians. In addition, the Brazilian version of the Family Impact Scale (FIS) was applied to those responsible. The final datas consisted of 330 children, of which 176 (53,3%) were female, with a mean age of 8.92 years. The prevalences of caries and gingival bleeding were, respectively, 66.1% and 78.5%. The need for restorative treatment was present in 32.4% and urgency in 22.7% of the students. The caries experience took to a significantly higher score in the oral symptom domain of the quality-of-life questionnaire ($p = 0.034$) and gingival bleeding in the social well-being domain ($p = 0.008$). Given the results obtained, it was concluded that caries and gingival bleeding had a negative impact on quality of life. Furthermore, gingival bleeding negatively affected the domain of financial difficulties in the family.

Keywords: Epidemiology; Oral health; Quality of Life

LISTA DE ABREVIATURAS

CPQ: *Child Perceptions Questionnaire*

DAI: Índice de estética dentária

FIS: *Family Impact Scale*

ISG: Índice de sangramento gengival

ITD: Índice de traumatismo dentário

OMS: Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
3 OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4 METODOLOGIA	17
4.1 Aspectos éticos.....	17
4.2 Tipo de estudo	17
4.3 População e Amostra	17
4.4 Critérios de elegibilidade	18
4.5 Coleta de dados	18
4.6 Análise estatística	23
5 RESULTADOS	24
6 DISCUSSÃO.....	34
7 CONCLUSÕES	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE	42
ANEXO	50

1. INTRODUÇÃO

Doenças bucais, como cárie, doença periodontal e traumatismos dentários, têm sido consideradas problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (Petersen, 2003). Durante a infância e a pré-adolescência, a ocorrência de determinadas condições ou doenças relacionadas à saúde bucal podem desencadear um impacto negativo sobre o bem-estar físico, social e psicológico, conseqüentemente as atividades diárias e a vida de crianças e familiares podem ser prejudicadas (García-Pérez *et al.*, 2017; Sischo e Broder, 2011).

As conseqüências das doenças bucais não tratadas em crianças são muitas vezes graves e podem incluir dor incessante, presença de infecção com repercussão sistêmica, impacto negativo na qualidade de vida e aumento dos índices de absenteísmo escolar e laboral. Além disso, os custos do tratamento odontológico impõem grandes encargos econômicos às famílias e aos sistemas de saúde (Peres *et al.*, 2019).

Os impactos sobre os indivíduos e as comunidades em termos de dor e sofrimento, comprometimento da função e redução da qualidade de vida podem estar relacionados às condições de vida, fatores comportamentais e ambientais, sistemas de saúde e implementação de ações de promoção e prevenção em saúde bucal. Com isso, o padrão atual de doenças bucais pode refletir perfis de risco distintos entre diferentes territórios e contextos socioeconômicos (Petersen, 2008).

A cárie dentária é considerada a doença mais comum na infância (Kassebaum *et al.*, 2017). Essa afecção bucal tem etiologia multifatorial com diversos fatores ambientais, sociais, culturais e econômicos envolvidos no seu desenvolvimento (Metha *et al.*, 2014). A cárie não tratada em estágios avançados está associada a uma pior qualidade de vida entre crianças (Kassebaum *et al.*, 2017). Em conseqüência, pode causar um impacto desfavorável na vida não só das crianças, mas também de suas famílias. A cárie dentária severa entre crianças pode ter um impacto prejudicial na vida familiar, mais notavelmente nas percepções dos pais de estresse e culpa, interrupção das atividades familiares normais, distúrbios do sono e falta em dias de trabalho (Abed, Bernabe e Sabbah, 2020).

A saúde bucal tem sido tradicionalmente avaliada com base em indicadores clínicos normativos. Contudo, estes são muitas vezes insuficientes para determinar o real impacto das doenças e distúrbios bucais na vida dos indivíduos afetados (Lima *et al.*, 2018). Condições sociodemográficas também podem contribuir significativamente no impacto da saúde bucal e nas atividades diárias das famílias (Bulgareli *et al.*, 2018). Um estudo demonstrou que crianças

residentes em famílias com maiores níveis de resiliência e conexão apresentaram chances significativamente menores de cárie dentária relatada pelo cuidador (Burgette, 2020). Além disso, condições socioeconômicas mais favoráveis e menor aglomeração domiciliar foram significativamente associadas a um menor impacto das condições de saúde bucal nas atividades de vida diária (Gushi *et al.*, 2020).

A saúde bucal pode estar estreitamente associada com o âmbito individual e familiar. Assim, estudos que avaliam o impacto da saúde bucal na família e na qualidade de vida de crianças podem melhorar a interação e comunicação entre indivíduos afetados, responsáveis e profissionais. Ademais, podem contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas destinadas a minimizar desigualdades sociais, determinar necessidades de tratamento, priorização de cuidados e avaliação dos resultados das estratégias implementadas. Por isso, o objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto das condições de saúde bucal na família e na qualidade de vida de escolares de 8 a 10 anos de idade matriculadas em escolas públicas e privadas de Lagarto, Sergipe, Brasil.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e se relacionar com outras pessoas sem constrangimento (Petersen, 2003). Diante do exposto, a saúde bucal é um componente importante da saúde geral e da qualidade de vida (Petersen, 2008), porém as doenças bucais geralmente não são consideradas prioritárias nas políticas públicas de saúde (Peres *et al.*, 2019).

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal, refere-se ao impacto que as condições bucais têm nas atividades diárias, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos. Por outro lado, as condições bucais continuam sendo um grande e crescente desafio global de saúde pública. Kassebaum *et al.* (2017) já consideravam que embora a prevalência padronizada por idade das condições bucais tenha permanecido relativamente estável entre 1990 e 2015, o crescimento populacional e o envelhecimento levaram a um aumento dramático da carga dessas condições quando não tratadas em todo o mundo.

2.1 Condições de saúde bucal em crianças em idade escolar

Taglietta *et al.* (2011) mostraram que a faixa etária de quatro a sete anos é considerada a mais oportuna para o desenvolvimento de hábitos alimentares e de higiene corretos. Diante disso, é fato que crianças em idade escolar necessitam do auxílio e do exemplo dos pais para manterem uma boa rotina de higiene bucal e, conseqüentemente, apresentarem uma condição de saúde bucal adequada.

No que diz respeito ao desenvolvimento da dentição em crianças, é importante levar em consideração que os dentes decíduos são essenciais na cavidade oral até os 12 anos para manutenção do espaço e da função. Portanto, é necessário avaliar seu prognóstico futuro (Metha *et al.*, 2014).

De acordo com dados do SB Brasil 2010, a cárie dentária acomete 53,4% das crianças aos cinco anos de idade e 56,5% aos 12 anos de idade. No que diz respeito ao sangramento gengival, em sua revisão sistemática com levantamentos epidemiológicos realizados em países latino-americanos, Gjermo e colaboradores (2000) observaram que a prevalência de gengivite costuma ser maior entre indivíduos provenientes de classes socioeconômicas mais baixas. Em contrapartida, o estudo de Chambrone *et al.* (2010) concluiu que a prevalência das doenças

gingivais não depende do status socioeconômico, mas sim da condição deficiente de higiene bucal.

De acordo com Van der Geld e colaboradores (2007), esse problema de saúde bucal afeta diretamente o sorriso, o qual é considerado algo importante na aparência facial e na expressão das emoções. Concomitantemente, é válido ressaltar que o impacto estético de uma má oclusão pode afetar negativamente na interação social e no bem-estar psicológico da criança (Oliveira *et al.*, 2004).

Deve-se ainda levar em consideração que uma condição de saúde bucal deficiente pode desencadear o desconforto físico, causado principalmente pela dor e ao afetar o psicológico, pode desenvolver dificuldade de sorrir, afetando diretamente o convívio social (Bendo *et al.*, 2014). Outrossim, quanto aos problemas estéticos, podem causar desconforto, baixa autoestima, constrangimento ao sorrir e dificuldades em relacionar-se com os outros, repercutindo no bem-estar físico e emocional da criança (Bendo *et al.*, 2010).

Diante do exposto, sabe-se que os diversos problemas de saúde bucal poderiam ser reduzidos ou até mesmo evitados, se os pais levassem as crianças regularmente ao dentista. Segundo Comassetto e colaboradores (2019) em relação à escolaridade da mãe e do pai, pôde-se perceber que as crianças que foram ao dentista têm mães e pais com maior grau de instrução. Além disso, é válido salientar que essa pesquisa mostrou uma diferença estatisticamente significativa com relação a prevalência de cárie. As crianças que nunca foram ao dentista, possuíam uma maior experiência de cárie quando comparadas com as que já compareceram a uma consulta.

2.2 Impacto das condições de saúde bucal na família e na qualidade de vida de crianças

A priori, deve-se levar em consideração que há muito tempo, o cenário das condições de saúde bucal partia do mesmo princípio: hábitos. De acordo com Blinkhorn (1978), uma adequada escovação e o uso do fio dental regularmente são capazes de eliminar as bactérias cariogênicas e as substâncias fermentáveis da superfície dos dentes. Sendo assim, bons hábitos de higiene bucal ajudam a evitar algumas patologias, como por exemplo, doenças periodontais e cáries dentárias. Em idades diferentes na infância, os hábitos de escovação devem ser apresentados às crianças por seus pais ou responsáveis pela criança e praticados diariamente. Portanto, uma abordagem educativa direcionada tanto para crianças quanto para seus pais seria

capaz de reduzir o número de lesões de cáries e, conseqüentemente, uma melhor saúde bucal e qualidade de vida (Efe *et al.*, 2007).

De acordo com Barbosa e colaboradores (2016), a experiência de doenças bucais, bem como fenômenos psicológicos, ansiedade e depressão, influenciaram os desfechos de saúde bucal em crianças e pré-adolescentes. Ao avaliar o impacto da cárie não tratada em seus diferentes estágios, notou-se que a cárie em estágio avançado, quando não tratada foi associada a uma pior qualidade de vida entre crianças e suas famílias (Fernandes *et al.*, 2017).

Outrossim, vale salientar que problemas bucais têm maior impacto em crianças que vivem em ambientes com baixo nível econômico, uma vez que a renda familiar tem efeito direto no acesso a serviços de qualidade. Dessa forma, a desigualdade na distribuição e na efetividade dos serviços são fatores determinantes para a ocorrência da cárie dentária e seus impactos (Lima *et al.*, 2018). Em seu estudo, Jocovic, Locker e Guyatt (2004) analisaram o conhecimento parental sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de seus filhos e a conclusão feita por esses autores é que alguns pais têm o conhecimento limitado sobre a qualidade de vida dos seus filhos.

No que diz respeito ao impacto das condições de saúde bucal na família e na qualidade de vida de crianças, um estudo de caso controle mostrou a relação entre a má oclusão na dentição mista e seu impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. No resultado bastante significativo, foi visto que independente da gravidade da má oclusão, houve um impacto significativo na qualidade de vida das crianças e dos seus familiares. Este impacto familiar negativo é predominantemente o fator emocional e a interferência nas atividades diárias. Ademais, avaliar o impacto nas atividades diárias da família é importante porque, na maioria das vezes, os pais são os principais tomadores de decisão em relação à saúde de uma criança (Piassi *et al.*, 2019).

Pesquisas clínicas e de saúde pública têm demonstrado que uma série de medidas preventivas individuais, profissionais e comunitárias são eficazes na prevenção da maioria das doenças bucais (Petersen, 2008). Diante disso, torna-se essencial evidenciar e discutir o perfil desses impactos na saúde infantil com o objetivo de melhorar o manejo dos agravos (Felipe, 2022). Ademais, faz-se necessário a implementação de políticas públicas, como ações de promoção e prevenção de saúde, além de dar a devida atenção à educação em saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o impacto familiar e a qualidade de vida em relação às condições de saúde bucal em crianças de 8 a 10 anos de idade matriculadas em escolas públicas e privadas de Lagarto, Sergipe, Brasil.

2.2 Específicos

- Determinar a prevalência das principais condições de saúde bucal apresentadas na amostra;
- Avaliar o impacto de problemas de saúde bucal nas famílias segundo o relato dos responsáveis e na qualidade de vida segundo o autorrelato das crianças.

4. METODOLOGIA

4.1 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS), protocolo nº 4.171.801. Os responsáveis legais pelos participantes da pesquisa receberam informações sobre os objetivos e procedimentos do estudo e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), obedecendo às diretrizes das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

4.2 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo observacional, transversal, de base populacional com abordagem quantitativa, que avaliou as condições de saúde bucal e o impacto destas na família e na qualidade de vida de escolares entre 8 e 10 anos de idade, matriculadas em escolas do município de Lagarto, Sergipe, Brasil.

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi constituída por escolares com idade entre 8 e 10 anos, matriculados em instituições de ensino do município de Lagarto, Sergipe, Brasil. Lagarto é um município da região do estado de Sergipe, localizado na região nordeste do Brasil e possui população estimada de 106.015 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) (<http://www.ibge.gov.br>, acessado em 14.11.2022). Segundo dados do censo escolar da educação básica de 2020, 5.798 escolares estavam matriculadas em escolas públicas nos anos iniciais do Ensino Fundamental na cidade de Lagarto-SE (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, INEP, www.inep.gov.br acessado em 14.11.2022).

A amostra ideal para o desenvolvimento deste estudo foi obtida através de cálculo utilizando o software Epi-info, no módulo STATCALC, versão 7.0, pela fórmula: $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$, ajustada por um fator de correção (EDFF) para desenho do estudo de 1.0, onde N é a população (5.798). Considerou-se intervalo de confiança

de 95% ($z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$) e limite de confiança (d) de 5,0%. Considerou-se a proporção (p) de 50% para aumentar o poder da amostra e assim obteve-se amostra de 314 escolares. Foi acrescido 10% para minimizar as possíveis perdas durante o estudo. Assim a amostra final ideal para este estudo foi de 346 crianças. Para assegurar representatividade, a amostra foi estratificada proporcionalmente ao número de escolares de acordo com a região da cidade (I a VI) e o tipo de instituição (municipal, estadual e privada). A amostra foi estratificada com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Educação.

4.4 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídas crianças na faixa etária de 8 a 10 anos de idade na data de realização do exame clínico e que permitiram a realização do exame da cavidade bucal, cujos responsáveis legais aceitaram participar do estudo. Foram considerados não-elegíveis os escolares nos quais suas condições inviabilizaram a realização do exame clínico, e/ ou aqueles cujos responsáveis não autorizaram a participação no estudo e/ ou aqueles que utilizavam aparelho ortodôntico fixo. Foram ainda excluídos da pesquisa os indivíduos com alguma deficiência, que os impossibilitassem de responder aos questionários sociodemográficos, de impacto familiar e de qualidade de vida.

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada de maio de 2021 a junho de 2023. Antes da coleta de dados, foi realizado estudo piloto com 25 crianças de 8 a 10 anos em uma escola de Lagarto-SE, para avaliar a metodologia proposta, instrumentos de coleta de dados e realizar treinamento dos examinadores para execução dos procedimentos do exame clínico e obtenção de índice Kappa inter e intraexaminador. Após o estudo piloto, verificou-se que não foram necessárias alterações na metodologia proposta para o estudo. Essas crianças não foram incluídas na amostra final. O exercício de calibração dos examinadores ocorreu em dois momentos: a) teórico – estudo de banco de imagens com classificação dos índices analisados durante o estudo; e b) prático – exames clínicos presenciais durante o estudo piloto. Durante a etapa teórica, o pesquisador principal foi considerado o padrão-ouro e os demais examinadores só passaram para etapa prática após obtenção de índice Kappa > 0,60 (Who, 2013). Os índices Kappa dos dois examinadores estão descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Resultados do exercício de calibração

	Examinador 1		Examinador 2	
	Intra-examinador	Interexaminador	Intra-examinador	Interexaminador
Índice Gengival	1,000	0,881	0,881	0,881
Índice de Cárie	0,716	0,781	0,710	0,781
Índice DDE Modificado	0,764	0,867	0,772	0,867
Índice de Traumatismo	1,000	0,891	1,000	0,891

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: 1) coleta do consentimento livre e esclarecido dos responsáveis, seguida de aplicação de questionário para obtenção de dados socioeconômicos e demográficos, hábitos de higiene bucal e aplicação de questionário de impacto familiar; e 2) coleta do assentimento livre e esclarecido das crianças, seguida de aplicação do questionário de qualidade de vida específico para idade e exame clínico extra e intrabucal com aplicação tópica de flúor, orientação de higiene bucal e distribuição de kits odontológicos com escova dental e dentifrício fluoretado.

4.5.1 Questionário socioeconômico e demográfico e hábitos relacionados à saúde bucal

As características socioeconômicas e demográficas da amostra foram coletadas por meio de entrevista aos responsáveis legais dos participantes da pesquisa com auxílio de questionário desenvolvido exclusivamente para este estudo, contendo informações sobre sexo, idade, renda familiar mensal (em salários-mínimos), escolaridade do responsável (em anos de estudo), idade dos responsáveis, situação de emprego (empregado, desempregado ou outro), hábitos de higiene bucal e classificação geral da saúde bucal. O nível educacional comparou responsáveis que completaram oito anos de instrução formal, que no Brasil corresponde ao ensino fundamental, com aqueles que não o fizeram. A renda familiar foi medida considerando o salário-mínimo brasileiro, que correspondia a aproximadamente US\$ 250 dólares americanos por mês durante o período de coleta de dados.

4.5.2 Impacto Familiar

Foi utilizada a versão brasileira da *Family Impact Scale* (FIS) para aferir o impacto da condição de saúde bucal de uma criança na vida da sua família. Os responsáveis legais dos participantes foram solicitados a responder o questionário. A FIS é composta por 14 itens divididos em 4 subescalas: atividade parental / familiar (5 itens), emoções dos pais (4 itens),

conflito familiar (4 itens) e subescala de encargos financeiros (1 item). As perguntas se referem apenas para a frequência de eventos nos três meses anteriores. Os itens têm cinco opções de resposta. As pontuações da FIS são calculadas pelo somatório de todas as pontuações de itens, fornecendo uma pontuação total que varia de 0 (nenhum impacto da condição oral na FIS) a 56 (impacto máximo da condição na FIS). Pontuações mais altas indicam maior impacto negativo sobre a família (Barbosa, Tureli e Gavião, 2009; Piassi, *et al.*, 2019). Além das questões relativas ao instrumento de impacto familiar, foram coletadas informações sobre utilização de serviços odontológicos, medo odontológico e dor de origem dentária.

4.5.3 Qualidade de vida

O questionário de qualidade de vida foi aplicado aos participantes e posteriormente, realizava-se o exame clínico na própria escola em que a criança estava matriculada. O impacto das condições de saúde bucal de crianças na sua QVRSB foi mensurado usando a adaptação brasileira do *Child Perceptions Questionnaire*, versão curta (CPQ 8-10 SF:8), e os itens abordaram a frequência dos eventos nas 4 semanas anteriores a aplicação do questionário (Barbosa, Tureli e Gavião, 2009). Essa versão contém oito questões agrupadas em quatro domínios: sintomas orais (OS), limitações funcionais (LF), bem-estar emocional (BE) e bem-estar social (BS). Os itens do CPQ usam uma escala do tipo *Likert* com opções de resposta de nunca = 0, uma ou duas vezes = 1, às vezes = 2, frequentemente = 3 e todos os dias ou quase todos os dias = 4. O CPQ 8-10 SF:8 foi preenchido individualmente pelas crianças supervisionadas pelas pesquisadoras.

As pontuações do CPQ 8-10 foram calculadas pela soma de todas as pontuações dos itens, fornecendo uma pontuação total que varia de 0 (sem impacto) a 32 (impacto máximo); as pontuações mais altas indicaram que as condições bucais têm um impacto negativo maior na QVRSB da criança (Jokovic, Locker, Guyatt, 2004). O questionário possui duas perguntas sobre informações pessoais da criança (sexo e idade) e dois indicadores globais sobre a saúde bucal da criança e até que ponto sua condição orofacial afeta seu bem-estar geral.

4.5.4 Exame Clínico

O exame clínico extra e intrabucal seguiu todos os protocolos de biossegurança preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Who, 2013). Foi realizado na própria escola na qual a criança estava matriculada, utilizando espelho bucal plano, sonda periodontal preconizada pela OMS, gaze estéril, sob iluminação artificial das luzes das salas de aula e

lanterna. Cada participante foi avaliado por um único examinador previamente treinado e calibrado (Quadro 1). Todos os participantes receberam orientações sobre as alterações bucais de acordo com suas necessidades.

Os dados foram anotados por assistente em ficha clínica elaborada exclusivamente para o estudo. No exame extrabucal foram analisadas: assimetrias, palidez facial, condição de vermelhidão dos lábios e cadeia ganglionar cérvico-facial. Foram determinados no exame clínico intrabucal: Índice de Sangramento Gengival (ISG), Índice ceo-d/CPO-D, Índice DDE modificado, Índice de Estética Dentária (DAI) e Índice de traumatismos dentários (ITD).

O ISG consiste na avaliação quantitativa e qualitativa da condição gengival. Na avaliação, uma sonda periodontal (sonda OMS) foi utilizada para penetrar levemente no sulco gengival (aproximadamente 0,5mm), e percorrer as superfícies vestibular e lingual/ palatina de proximal a proximal dos dentes índices (16 ou 55, 11 ou 51, 21 ou 61, 26 ou 65, 36 ou 75, 31 ou 71, 41 ou 81 e 46 ou 85), sendo verificado a presença de sangramento nos pontos sondados até 15 segundos pós sondagem. Cada face do dente recebeu uma pontuação de 0 a 3: 0 = gengiva normal com ausência de inflamação – gengiva sem alteração de cor e com grau de pontilhado variável, sem sangramento à sondagem; 1 = inflamação gengival leve – ligeira mudança de cor, leve edema, com sangramento à sondagem; 2 = Inflamação gengival moderada – vermelhidão e edema, com sangramento à sondagem; 3 = Inflamação gengival intensa – vermelhidão acentuada e edema, com a presença ou não de ulceração e tendência para sangramento espontâneo (Loe *et al.*, 1963). O ISG para o indivíduo foi computado dicotomizando os resultados em sangramento ausente ou presente.

Após realização do ISG, foi realizada a higienização dos dentes com escova dental e dentifrício fluoretado e utilizada gaze estéril para secar os dentes e assim proceder as demais avaliações.

O Índice ceo-d/ CPO-D avalia a experiência de cárie e se expressa pela soma do número de dentes decíduos ou permanentes cariados (c/ C), extraídos ou com extração indicada (e/ P) e obturados (o/ O), preconizado pela OMS (Who, 2013).

Os critérios do Índice de Estética Dentária (DAI) foram utilizados para medir a presença ou ausência de má oclusão e sua gravidade. O DAI inclui 10 variáveis de anomalias dentofaciais relacionadas à aspectos clínicos e estéticos: falta de dentes anteriores, espaçamento entre o segmento de dentes incisivos e diastema da linha média, apinhamento de incisivos, maior irregularidade anterior na maxila, maior irregularidade anterior na mandíbula, overjet maxilar

anterior, overjet mandibular anterior, mordida aberta anterior e relação molar anteroposterior (Who, 2013).

Após as medições, foi aplicada uma equação para calcular o escore DAI em uma das quatro categorias de má oclusão:

- Categoria 1 ($DAI \leq 25$): má oclusão normal ou menor;
- Categoria 2 (DAI 26-30): má oclusão definitiva;
- Categoria 3 (DAI 31–35): má oclusão grave;
- Categoria 4 ($DAI \geq 36$): má oclusão muito grave;

Para avaliar as sequelas dos traumatismos dentários foi utilizado o Índice de Traumatismo Dentário (ITD) preconizado pela OMS. A classificação para os dentes afetados seguiu a seguinte codificação: código 0 = Sem sinal de injúria; código 1 = Injúria tratada; código 2 = Somente fratura em esmalte; código 3 = Fratura em esmalte e dentina; código 4 = Envolvimento pulpar; código 5 = Dente perdido devido a traumatismo; código 6 = Outro dano (especificar, como alteração de cor); código 9 = Dente excluído. A severidade pode ser avaliada pela quantidade de dentes envolvidos (Who, 2013).

O índice DDE modificado, preconizado pela Federação Dentária Internacional (FDI, 1992), foi utilizado para avaliação da presença de opacidade demarcada, opacidade difusa, hipoplasia e combinações. Para obtenção deste índice, foram utilizados os seguintes códigos: tecido dentário normal - código 0, opacidade demarcada - código 1, opacidade difusa - código 2, hipoplasia - código 3 e outros defeitos - código 4. As combinações serão avaliadas como: demarcada e difusa - código 5, demarcada e hipoplasia - código 6, difusa e hipoplasia - código 7 e todos os três defeitos - código 8.

Além disso, foi utilizada a codificação para urgência com necessidade de intervenção ou encaminhamento. Os seguintes códigos de urgência da intervenção são recomendados: 0 = Sem necessidade de tratamento; 1 = Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina; 2 = Tratamento imediato incluindo remoção de tecido; 3 = Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal; 4 = Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica) (Who, 2013). Crianças com diagnóstico de doenças bucais foram encaminhadas para atendimento odontológico na Clínica Escola da UFS, Campus Lagarto.

4.6 Análise Estatística

Os dados foram analisados no Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS® for Windows, versão 27.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foram computados escores parciais de cada domínio, bem como escores gerais dos questionários de impacto familiar e de qualidade de vida. Para caracterização sociodemográfica e clínica da população estudada e descrição dos escores dos domínios dos questionários de impacto familiar e qualidade de vida, foi realizada análise descritiva dos dados, como medidas de tendência central (frequências, média, mediana, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão, intervalo interquartil). Na análise bivariada, para variáveis quantitativas foi aplicado teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov que determinou distribuição não paramétrica dos dados e foi aplicado teste de Mann-Whitney para comparação dos escores dos questionários aplicados e variáveis independentes. Para todos os testes, foi considerado o valor $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

5. RESULTADOS

A amostra final foi de 330 crianças, desses 154 (46,7%) eram escolares do sexo masculino e 176 (53,3%) do sexo feminino. Foram excluídas da amostra seis crianças que, no dia do exame, tinham completado 11 anos, quatro crianças com diagnóstico de deficiência intelectual e seis cujos questionários não estavam completamente respondidos mesmo depois de duplo contato com intervalos de 15 dias. A tabela 1 apresenta os dados socioeconômicos e demográficos da amostra. A idade média dos participantes foi de 8,92 anos. Quanto ao tipo de escola em que estavam matriculados, 228 (69,1%) estavam inseridos em escolas públicas municipais (Tabela 1).

Ademais, 287 (87,0%) crianças tiveram seus questionários sociodemográficos, de história odontológica e de impacto na família preenchidos pela mãe, com idade média dos responsáveis foi de 35,87 anos. Em relação a renda familiar, 283 (85,8%) relataram receber menos que dois salários-mínimos mensais (Tabela 1).

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas da amostra (n=330).

Variáveis	n (%)
Idade em anos - μ ($\pm$)	8,92 $\pm$ 0,76
Sexo	
Masculino	154 (46,7)
Feminino	176 (53,3)
Tipo de escola	
Privada	36 (10,9)
Municipal	228 (69,1)
Estadual	66 (20,0)
Responsável	
Mãe	287 (87,0)
Pai	22 (6,6)
Outros	21 (6,4)
Idade do responsável em anos - μ ($\pm$)	35,87 $\pm$ 7,95
Renda familiar	
< 02 salários-mínimos	283 (85,8)
$\geq$ 02 salários-mínimos	47 (14,2)

Escolaridade do responsável	
≤ 08 anos de estudo formal	150 (45,5)
> 08 anos de estudo formal	180 (54,5)
Situação de emprego do responsável	
Empregado	103 (31,2)
Desempregado	196 (59,4)
Outros	31 (9,4)

μ - média; ± - desvio-padrão.

A tabela 2 mostra os aspectos da história odontológica e hábitos de higiene bucal. Dos 330 escolares examinados, 155 (47,0%) já tiveram dor de dente, enquanto 207 (62,7%) crianças já tinham ido ao dentista em algum momento da vida. Além disso, é válido salientar que 16,1% não usavam creme dental com flúor e 75,2% não usavam fio dental na rotina de higiene bucal. Os responsáveis foram solicitados a classificar a saúde bucal da criança, como resultado, 30% classificaram a saúde bucal dos escolares como boa.

Tabela 2 – História odontológica e hábitos de higiene bucal da amostra (n= 330).

Variáveis	n (%)
Criança já foi ao dentista	
Sim	207 (62,7)
Não	123 (37,3)
Criança já teve dor de dente	
Sim	155 (47,0)
Não	175 (53,0)
Número de escovações diárias	
< ou = 01	33 (10,0)
02	137 (41,5)
03 ou +	160 (48,5)
Usa creme dental com flúor	
Sim	277 (83,9)
Não	53 (16,1)
Usa fio dental	

Sim	82 (24,8)
Não	248 (75,2)
Usa enxaguante bucal	
Sim	62 (18,8)
Não	268 (81,2)
Ingestão de guloseimas	
Todos os dias	52 (15,8)
Três a cinco vezes na semana	107 (32,4)
Só nos finais de semana	81 (24,5)
Raramente	79 (24,0)
Não ingere	11 (3,3)
Classificação da saúde bucal	
Péssima	24 (7,3)
Regular	73 (22,4)
Mais ou menos	122 (37,0)
Boa	99 (30,0)
Excelente	11 (3,3)

A maioria dos escolares (259; 78,5%) apresentou sangramento gengival no momento do exame clínico. A experiência de cárie, nos 330 escolares examinados, foi de 66,1%, os valores médios do índice CPO-D e ceo-d foram, respectivamente, 0,84 ($\pm 1,32$) e 1,77 ($\pm 2,22$). Ao classificar a urgência de tratamento dos participantes, 22,7% necessitavam de tratamento de urgência, 32,4% tinham a necessidade de tratamento restaurador. Enquanto 36,7% dos participantes não apresentaram necessidade de tratamento (Tabela 3).

Tabela 3 – Condições de saúde bucal da amostra (n=330).

Variáveis	n (%)
Presença de sangramento gengival	
Não	71 (21,5)
Sim	259 (78,5)
Experiência de cárie	
Não	112 (33,9)
Sim	218 (66,1)

ceo-d - μ ($\pm$)	1,77 $\pm$ 2,22 (RANK 0 – 10)
CPO-D - μ ($\pm$)	0,84 $\pm$ 1,32 (RANK 0 – 6)
Urgência de tratamento	
Sem necessidade	121 (36,7)
Necessidade de tratamento preventivo	27 (8,2)
Necessidade de tratamento restaurador	107 (32,4)
Necessidade de tratamento de urgência	75 (22,7)
Sequelas de traumatismo dentário	
Não	285 (86,4)
Sim	45 (13,6)
- Injúria tratada	08 (2,4)
- Fratura de esmalte	29 (8,8)
- Fratura de esmalte e dentina	07 (2,1)
- Envolvimento pulpar	01 (0,3)
Maloclusão	
Sem maloclusão ou leve	42 (12,7)
Maloclusão definida	56 (17,0)
Maloclusão severa	100 (30,3)
Maloclusão muito severa	132 (40,0)
Fluorose	
Não	286 (86,7)
Sim	44 (13,3)
- Questionável	06 (1,8)
- Muito leve	15 (4,5)
- Leve	15 (4,5)
- Moderada	08 (2,4)
Defeitos de desenvolvimento do esmalte	
Não	185 (56,1)
Sim	145 (43,9)
- Opacidade demarcada	84 (25,5)
- Opacidade difusa	45 (13,6)
- Hipoplasia de esmalte	09 (2,7)
- Opacidade demarcada e difusa	04 (1,2)

- Opacidade demarcada e hipoplasia	02 (0,6)
- Opacidade difusa e hipoplasia	01 (0,3)
Número de dentes com defeitos - μ ($\pm$)	1,59 $\pm$ 2,59 (RANK 0 – 12)

μ - média; $\pm$ - desvio-padrão.

Na tabela 4, estão apresentados os valores das pontuações obtidas para cada domínio do questionário de impacto familiar e no escore geral. O domínio com maior pontuação média foi o de atividade familiar (4,03). A presença de sangramento gengival teve uma pontuação significativa no domínio de dificuldade financeira ($p = 0,006$). No que diz respeito a escolaridade do responsável, para aqueles cujos responsáveis tinham oito ou menos anos de escolaridade formal, o domínio de conflito familiar apresentou uma pontuação significativamente maior ($p = 0,013$). Ao avaliar a presença de traumatismo dentário, o domínio atividade familiar mostrou-se estatisticamente significativo ($p=0,043$) (Tabela 5).

Tabela 4 – Valores médios da pontuação obtida no score total e domínios específicos do questionário de impacto familiar na amostra ($n=330$).

FIS-SF:14	Nº de itens	Média	Desvio-padrão	Rank possível	Rank observado
Score geral	14	9,07	9,04	0-56	0-47
Domínio de atividade familiar	5	4,03	4,06	0-20	0-16
Domínio de emoção familiar	4	2,28	3,02	0-16	0-16
Domínio de conflito familiar	4	2,31	3,01	0-16	0-16
Domínio de dificuldade financeira	1	0,44	0,94	0-4	0-4

Tabela 5 – Comparação dos escores do questionário de impacto familiar e condições socioeconômicas e de saúde bucal na amostra (n=330).

Variáveis	Impacto familiar				
	Escore Geral	Atividade familiar	Emoção familiar	Conflito familiar	Dificuldade financeira
Sexo					
Masculino	8,78 ± 8,33	3,91 ± 4,02	2,27 ± 2,99	2,14 ± 2,58	0,44 ± 0,92
Feminino	9,32 ± 9,63	4,14 ± 4,10	2,28 ± 3,04	2,46 ± 3,35	0,43 ± 0,95
P	0,990	0,607	0,986	0,859	0,671
Tipo de Escola					
Privada	9,22 ± 8,03	4,38 ± 3,90	2,33 ± 2,70	2,16 ± 2,39	0,33 ± 0,71
Pública	9,05 ± 9,16	3,99 ± 4,08	2,27 ± 3,06	2,33 ± 3,08	0,45 ± 0,96
P	0,585	0,411	0,680	0,695	0,679
Renda Familiar					
> 2 SM	7,12 ± 6,85	3,63 ± 3,65	1,78 ± 2,39	1,51 ± 1,99	0,19 ± 0,57
≤ 2 SM	9,39 ± 9,32	4,10 ± 4,12	2,36 ± 3,10	2,44 ± 3,13	0,48 ± 0,98
P	0,185	0,586	0,305	0,093	0,048
Escolaridade do Responsável					
> 8 anos	8,00 ± 8,05	3,68 ± 3,84	2,02 ± 2,57	1,92 ± 2,74	0,37 ± 0,89
≤ 8 anos	10,36 ± 9,98	4,46 ± 4,28	2,60 ± 3,46	2,78 ± 3,26	0,51 ± 1,00
P	0,068	0,115	0,383	0,013	0,179
Sangramento gengival					
Ausente	8,80 ± 9,43	3,97 ± 4,08	2,19 ± 3,42	2,46 ± 3,37	0,16 ± 0,53
Presente	9,15 ± 8,94	4,05 ± 4,06	2,30 ± 2,90	2,27 ± 2,91	0,51 ± 1,01
P	0,540	0,829	0,335	0,797	0,006
Experiência de cárie					
Ausente	10,23 ± 10,29	4,29 ± 4,57	2,83 ± 3,61	2,53 ± 3,19	0,57 ± 1,06
Presente	8,48 ± 8,28	3,90 ± 3,77	2,00 ± 2,63	2,20 ± 2,92	0,37 ± 0,87
P	0,266	0,946	0,089	0,346	0,053
Traumatismo Dentário					
Ausente	8,77 ± 8,68	3,82 ± 3,92	2,28 ± 2,99	2,22 ± 2,94	0,43 ± 0,91

Presente	11,00 ± 10,96	5,37 ± 4,66	2,26 ± 3,20	2,88 ± 3,41	0,46 ± 1,09
P	0,318	0,043	0,688	0,132	0,665
Urgência de Tratamento					
Sem necessidade	9,83 ± 9,89	4,25 ± 4,36	2,63 ± 3,39	2,40 ± 3,14	0,54 ± 1,05
Urgência	8,45 ± 8,25	3,86 ± 3,79	1,99 ± 2,64	2,24 ± 2,92	0,35 ± 0,83
P	0,379	0,713	0,144	0,913	0,081
Maloclusão					
Ausente	9,52 ± 10,15	4,13 ± 4,25	2,33 ± 2,98	2,55 ± 3,61	0,50 ± 1,02
Presente	8,88 ± 8,54	4,00 ± 3,98	2,25 ± 3,04	2,73 ± 2,31	0,41 ± 0,90
P	0,956	0,917	0,630	0,983	0,543
DDE					
Ausente	9,70 ± 9,68	4,24 ± 4,26	2,51 ± 3,33	2,44 ± 3,12	0,50 ± 1,02
Presente	8,26 ± 8,10	3,77 ± 3,78	1,98 ± 2,53	2,15 ± 2,88	0,35 ± 0,82
P	0,350	0,530	0,352	0,317	0,211

μ - média; ± - desvio-padrão. Valor de p para o Teste de Mann-Whitney.

Na tabela 6, são apresentados os valores médios da pontuação obtida no score total e domínios específicos de qualidade de vida, segundo o autorrelato dos escolares. O domínio com maior pontuação média foi o de sintomas orais (2,97).

Ademais, na tabela 7, ao associar as condições socioeconômicas, condições de saúde bucal e qualidade de vida, o sangramento gengival esteve relacionado ao impacto negativo no domínio de bem-estar social (p=0,008). E no que diz respeito a experiência de cárie, o impacto negativo foi associado ao domínio de sintomas orais que teve uma pontuação significativamente maior (p=0,034). Ao avaliar a urgência de tratamento, o domínio de sintomas orais mostrou-se significativamente estatístico (p=0,015).

Tabela 6 – Valores médios da pontuação obtida no score total e domínios específicos do questionário de qualidade de vida na amostra (n=330).

CPQ₈₋₁₀SF:8	Nº de itens	Média	Desvio-padrão	Rank possível	Rank observado
Score geral	8	6,59	4,84	0-32	0-26
Domínio de sintomas orais	2	2,97	1,94	0-8	0-8
Domínio de limitação funcional	2	1,08	1,57	0-8	0-6
Domínio de bem-estar emocional	2	1,68	2,16	0-8	0-8
Domínio de bem-estar social	2	0,86	1,59	0-8	0-8

Tabela 7 – Associação entre condições socioeconômicas, condições de saúde bucal e autorrelato de qualidade de vida na amostra (n=330).

Variáveis	Qualidade de Vida				
	Escore Geral	Sintomas Orais	Limitação Funcional	Bem-estar Emocional	Bem-estar Social
Sexo					
Masculino	7,04 ± 5,10	3,14 ± 2,05	1,07 ± 1,61	1,89 ± 2,29	0,93 ± 1,61
Feminino	6,19 ± 4,58	2,81 ± 1,83	1,09 ± 1,54	1,48 ± 2,02	0,79 ± 1,56
P	0,133	0,174	0,685	0,104	0,220
Tipo de Escola					
Privada	5,91 ± 4,81	2,69 ± 1,78	0,97 ± 1,32	1,75 ± 2,36	0,50 ± 1,34
Pública	6,67 ± 4,85	3,00 ± 1,96	1,09 ± 1,60	1,67 ± 2,13	0,90 ± 1,61
P	0,190	0,346	0,927	0,956	0,083

Renda Familiar					
> 2 SM	7,72 ± 5,42	3,19 ± 1,92	1,23 ± 1,68	2,15 ± 2,27	1,15 ± 1,91
≤ 2 SM	6,40 ± 4,73	2,93 ± 1,94	1,05 ± 1,56	1,60 ± 2,13	0,81 ± 1,52
P	0,147	0,336	0,570	0,084	0,409
Escolaridade do Responsável					
> 8 anos	6,25 ± 4,46	2,93 ± 1,86	1,06 ± 1,53	1,54 ± 2,15	0,71 ± 1,40
≤ 8 anos	7,00 ± 5,26	3,01 ± 2,04	1,10 ± 1,63	1,84 ± 2,16	1,04 ± 1,77
P	0,250	0,761	0,967	0,099	0,070
Sangramento gengival					
Ausente	5,81 ± 4,38	2,94 ± 2,07	1,12 ± 1,64	1,28 ± 1,73	0,46 ± 1,15
Presente	6,80 ± 4,95	2,97 ± 1,91	1,07 ± 1,56	1,78 ± 2,25	0,97 ± 1,67
P	0,171	0,878	0,899	0,185	0,008
Experiência de cárie					
Ausente	6,11 ± 4,93	2,66 ± 1,92	0,86 ± 1,44	1,72 ± 2,22	0,85 ± 1,60
Presente	6,83 ± 4,79	3,12 ± 1,94	1,19 ± 1,62	1,65 ± 2,13	0,86 ± 1,58
P	0,084	0,034	0,067	0,919	0,951
Traumatismo Dentário					
Ausente	6,47 ± 4,82	2,94 ± 1,94	1,05 ± 1,56	1,64 ± 2,16	0,83 ± 1,55
Presente	7,33 ± 5,00	3,13 ± 1,92	1,29 ± 1,64	1,89 ± 2,15	1,02 ± 1,79
P	0,222	0,436	0,272	0,412	0,621
Urgência de Tratamento					
Sem necessidade	6,17 ± 4,86	2,67 ± 1,85	0,89 ± 1,47	1,70 ± 2,18	0,90 ± 1,59

Urgência	6,92 ± 4,82	3,20 ± 1,98	1,23 ± 1,64	1,65 ± 2,14	0,82 ± 1,58
P	0,071	0,015	0,044	0,889	0,482
Maloclusão					
Ausente	6,44 ± 4,82	3,13 ± 2,05	0,93 ± 1,48	1,59 ± 2,15	0,78 ± 1,44
Presente	6,65 ± 4,86	2,90 ± 1,89	1,14 ± 1,61	1,71 ± 2,16	0,89 ± 1,64
P	0,848	0,399	0,317	0,483	0,706
DDE					
Ausente	6,53 ± 4,86	3,07 ± 2,02	1,03 ± 1,59	1,57 ± 2,06	0,85 ± 1,57
Presente	6,66 ± 4,83	2,84 ± 1,84	1,13 ± 1,56	1,81 ± 2,27	0,86 ± 1,60
P	0,778	0,288	0,422	0,379	0,858

μ - média; ± - desvio-padrão. Valor de p para o Teste de Mann-Whitney.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo identificou alguns problemas de saúde bucal nos escolares, os quais tiveram sangramento gengival e cárie dentária como principais problemáticas. Embora sejam consideradas doenças bucais evitáveis, a cárie dentária e a doença periodontal continuam sendo as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes em todo o mundo (Bernabe *et al.*, 2020). O estudo de Samuel e colaboradores (2021) deixou claro que as crianças com cárie dentária geralmente precisam de tratamento de urgência, uma vez que causa dor intensa e até infecções com risco de vida.

Diante do exposto, é válido ressaltar que a cárie dentária afeta negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças e seus pais. Isso porque, a criança que sofre com a doença cárie pode apresentar dor, dificuldades na mastigação e na fala, além de estar suscetível à prática do bullying em âmbito escolar (Dovigo *et al.*, 2021).

Neste estudo, mais de 37% dos escolares nunca tinham ido ao dentista e houve significativo relato de história de dor de dente. Além disso, observou-se que a maioria dos escolares não faziam uso do fio dental como parte da higienização bucal. De acordo com o estudo de Jeong e colaboradores (2022) os pais podem não estar cientes da técnica adequada de escovação dentária, além de não visitar um dentista para aprender sobre higiene bucal. Logo, pode-se inferir que esse fato está associado às condições de saúde bucal das crianças.

Ademais, no presente estudo, foi perceptível um alto índice de sangramento gengival nos escolares, e este problema é associado a falta de uma higiene bucal adequada, a qual pode estar associada ao nível de conhecimento dos pais e/ou responsáveis pela criança. Em comparação a tais achados, o estudo de Grizzo e colaboradores (2022) mostrou que a falta das práticas de orientações de higiene bucal impactou na saúde bucal dos indivíduos, aumentando o índice de placa visível, a qual constitui um importante preditor para o desenvolvimento de lesões cariosas. Adicionalmente, verificamos que, nas crianças com sangramento gengival, as pontuações no domínio de dificuldade financeira, relato dos responsáveis, e no bem-estar social, autorrelato, foram significativamente maiores.

Deve-se levar em consideração que a saúde bucal dos cuidadores pode ser considerada um marcador de risco significativo no que diz respeito à prevalência de cárie em crianças (Matos *et al.*, 2019). Em relação a qualidade de vida dos participantes, a experiência de cárie

levou a uma pontuação significativamente maior no quesito sintomas orais do questionário de qualidade de vida.

Diante do exposto, é imperioso ressaltar que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal é um conceito multidimensional, que deve englobar questões de saúde física, psicológica e social (Who, 2013). Logo, infere-se que os conceitos de qualidade de vida e saúde são indissociáveis, sendo que um exerce influência sobre o outro. Além disso, pesquisas científicas atuais que abordam os problemas bucais não se limitam à busca da associação entre as alterações bucais e os respectivos fatores de risco. Há uma crescente preocupação em investigar a repercussão dos problemas bucais na qualidade de vida, e relacioná-los às limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social (Goursand *et al.*, 2009).

Ao observar os resultados obtidos no presente estudo, os que apresentaram a necessidade de realizar algum tipo de tratamento bucal de urgência, tiveram uma relação estatisticamente significativa com o domínio de sintomas orais. Dessa forma, é possível notar que os problemas bucais interferem direta e indiretamente no bem-estar geral da criança e esse fato está associado aos prováveis impactos negativos que podem causar na família como um todo.

De acordo com o estudo de Abanto e colaboradores (2012) foi notada uma associação significativa entre a maior experiência de cárie em crianças e impactos familiares, como: perda de dias de trabalho, menor tempo para os pais cuidarem deles mesmos, sono, atividades familiares interrompidas, sentimento de culpa, preocupação com o futuro dos seus filhos e, inclusive, sentimentos de constrangimento em lugares públicos (Who, 2013).

Assim sendo, no que diz respeito aos impactos familiares, este estudo notou uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade do responsável e o domínio de conflito familiar. Ademais, foi possível analisar como os responsáveis classificaram a saúde bucal das crianças e mais de 50% não consideraram como uma adequada saúde bucal. De acordo com Gatou e colaboradores (2011) a instituição familiar influencia não só de forma direta, mas também influencia indiretamente a saúde da criança. Assim, deve-se levar em consideração que as crianças dependem da atenção dos pais para adquirirem um comportamento de saúde bucal positivo e terem acesso a cuidados dentários regularmente.

No estudo de Dovigo e colaboradores (2021) crianças pertencentes a baixa classe social podem não ter acesso a serviços e informações que contribuam para o cuidado em saúde, fato esse que acaba impactando na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. A relação saúde bucal e aspectos socioeconômicos é uma via de mão dupla no contexto familiar. Dessa forma, ao levar em consideração o núcleo familiar, infere-se que as condições socioeconômicas dos pais influenciam diretamente na saúde bucal dos filhos (Ramadan *et al.*, 2014).

Em relação a escolaridade dos responsáveis, foi notado nesse estudo que boa parte dos responsáveis tinham menos de 8 anos de estudo formal. No estudo de Castilho e colaboradores (2013) observou-se que em populações menos favorecidas, os pais têm menor grau de orientação em relação à prevenção de desordens bucais, como por exemplo, informações sobre dieta, escovação, primeira visita ao dentista e uso de flúor. Logo, é notório que o comportamento dos pais em relação à saúde bucal tem uma influência direta no número de dentes cariados das crianças (Dovigo *et al.*, 2021).

Segundo Tesch e colaboradores (2007) as crianças não são seres independentes, logo, a família compreende a rede de indivíduos que dá suporte e afeta de forma direta a qualidade de vida da criança. Em contrapartida, a família é afetada pelos problemas de saúde da criança (Pal, 1996). As famílias de crianças portadoras de doenças crônicas, muitas vezes, têm suas atividades diárias limitadas e apresentam medos e ansiedades por conta dos problemas de saúde da criança.

Os resultados desse estudo mostraram que crianças com problemas de saúde bucal, a exemplo do traumatismo dentário, influenciou no quesito atividade familiar. Paralelamente, ao comparar com o estudo de Stein *et al* (2003) é fato que os problemas de saúde podem produzir impactos financeiros, e conseqüentemente, tendem a aumentar o estresse familiar.

7. CONCLUSÕES

Concluiu-se que cárie e sangramento gengival foram as condições bucais mais prevalentes na amostra. Os escolares com experiência de cárie e sangramento gengival relataram impacto negativo no autorrelato de qualidade de vida. Ademais, o sangramento gengival teve impacto negativo no domínio de dificuldade financeira na família.

REFERÊNCIAS

- ABANTO, J.; PAIVA, S.M.; RAGGIO, D.P.; CELIBERTI, P.; ALDRIGUI, J.M.; BONECKER, M. The impact of dental caries and trauma in children on family quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2012;40(4):323-31.
- ABED, R.; BERNABE, E.; SABBAH, W. Family impacts of severe dental caries among children in the United Kingdom. **International Journal of Environmental Research and Public Health.** 17 (2020).
- AL-HALABI, M.; SALAMI, A.; ALNUAIMI, E.; KOWASH, M.; HUSSEIN, I. Assessment of paediatric dental guidelines and caries management alternatives in post covid-19 period. A critical review and clinical recommendations. **Eur Arch Paediatr Dent.** 2020.
- BARBOSA, T. S.; GAVIÃO, M. B. D.; CASTELO, P. M.; LEME, M. S. Factors Associated with Oral Health-related Quality of Life in Children and Preadolescents: A Cross-sectional Study. **Oral Health Prev Dent,** v. 14, p. 2, n. 137-148, 2016.
- BARBOSA, T. S.; GAVIÃO, M. B. D. Evaluation of the family impact scale for use in Brazil. **Journal of Applied Oral Sciences,** v. 17, p. 397-403, 2009.
- BENDO, C.B.; PAIVA, S. M.; TORRES, C. S.; OLIVEIRA, A. C.; GOURSAND, D.; PORDEUS, I. A. VALE, M. P. Oral health-related quality of life and traumatic dental injuries in Brazilian adolescents. **Community Dent Oral Epidemiol** 2014;42:216-23.
- BENDO, C.B.; PAIVA, S. M.; TORRES, C. S.; OLIVEIRA, A. C.; GOURSAND, D.; PORDEUS, I. A. VALE, M. P. Association between treated/untreated traumatic dental injuries and impact on quality of life of Brazilian schoolchildren. **Health Qual Life Outcomes** 2010;8:114.
- BERNABE, E. “Níveis e tendências globais, regionais e nacionais na carga de condições bucais de 1990 a 2017: uma análise sistemática para o estudo Global Burden of Disease 2017”. **Revista de Pesquisa Odontológica** 99, nº. 4: 362–373, 2020.
- BLINKHORN, A.S. Influence of social norms on toothbrushing behavior of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol.** 1978;6:222-6. 37.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais, 2004.
- BURGETTE, J.M. Family Resilience and Connection Is Associated with Dental Caries in US Children. **JDR Clin Trans Res.** 2020 Dec.
- BULGARELI, J. V.; FARIA, E. T.; CORTELLAZZIL, K. L.; GUERRA, L. M.; MENEGHIM, M.C.; AMBROSANO, G. M. B.; FRIAS, A. C.; PEREIRA, A. C. Fatores que

influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 44, 2018.

CASTILHO, A.R.; MIALHE, F. L.; BARBOSA, T. S.; PUPPIN-RONTANI, R.M. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **J Pediatr (Rio J)**. 2013;89(2):116-123.

CHAMBRONE, L.; MACEDO, S. B.; RAMALHO, F. C.; FILHO, E. T.; CHAMBRONE, L. A. Prevalência e severidade de gengivite em escolares de 7 a 14 anos: condições locais associadas ao sangramento à sondagem. **Ciênc. Saúde coletiva** 15 (2). Mar 2010.

COMASSETTO, M.O.; BAUMGARTEN, A.; KINDLEIN, K. A.; HILGERT, J. B.; FIGUEIREDO, M. C.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Access to oral health in early childhood in the city of Porto Alegre, Brazil. **Cien Saude Colet**. 24(3):953-961, 2019.

DOVIGO, G.; PESSOA, M. N.; SANTOS, P. R.; VEDOVELLO, S. A. S.; MARCANTONIO, E. Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e suas famílias e fatores associados. **Rev Odontol UNESP**, 2021.

EFE, E.; SARVAN, S.; KUKULU, K. Self-reported knowledge and behaviors related to oral and dental health in Turkish children. **Issues Compr Pediatr Nurs**. 2007;30:133-46.

FERNANDES, I.B.; PEREIRA, T.S.; SOUZA, D.S.; RAMOS-JORGE, M.L. Severity of Dental Caries and Quality of Life for Toddlers and Their Families. **Pediatr Dent**. 2017 Mar 15;39(2):118-123.

FELIPE, L. P.; SILVA, M.; VASCONCELOS, P. F.; Impacts of the COVID-19 pandemic on child care and oral health from parents' perspective / Impacto de la pandemia COVID-19 en la atención y la salud bucal infantil desde la perspectiva de los padres. **Rev. Enferm. Atual In Derme** ; 96(38): 1-14, Abr-Jun. 2022.

GARCÍA-PÉREZ, Á; IRIGOYEN-CAMACHO, M.E.; BORGES-YAÑES, S. A. et al., Impact of caries and dental fluorosis on oral health-related quality of life: a cross-sectional study in schoolchildren receiving water naturally fluoridated at above-optimal levels. **Clin Oral Investig**, v. 21, n. 9, p. 2771-2780, 2017.

GATOU, T.; KOLETSI KOUNARI, H.; MAMAI-HOMATA, E. Prevalência de cárie dentária e necessidades de tratamento de crianças de 5 a 12 anos de idade em relação à renda baseada na área e origem imigrante na Grécia. **Int Dent J** 2011;61(3):144–51.

GJERMO, P.; ROSING, C.K.; SUSIN, C.; OPPERMAN, R. Periodontal disease in Central and South America. **Periodontol**, 29:70-78; 2000. GOURSAND, D. et al. Family Impact Scale (FIS): psychometric properties of the Brazilian Portuguese language version. **Eur J Paediatr Dent** 2009;10:141-6.

GRIZZO, I.C.; MENDONÇA, F.L.; MARTINS, D.S. et al.; Será que o isolamento social impactou na saúde bucal de escolares na cidade de Bauru?: resultados parciais. 2022, **Anais. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru**, Universidade de São Paulo, 2022.

GOURSAND, D.; PAIVAI, S.M.; ZARZAR, P.M.; PORDEUS, I.A. et al.; Measuring parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life: psychometric properties of the Brazilian version of the P-CPQ. **Braz Dent J.** 2009;20:169-74.

GUSHI, L. L. SOUSA, M.L.R.; FRIAS, A.C.; ANTUNES; J.L.F. Factors associated with the impact of oral health conditions on daily activities of adolescents, são paulo state, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–11, 2020.

JEONG, JS et al., Eficácia da escovação dentária através de um sistema de rastreamento de movimento tridimensional para o controle da placa dental em crianças em idade escolar: um ensaio clínico randomizado controlado. **BMC Saúde Bucal.** 2022 dez 22; 22(1):626.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. **Quality of Life Research**, v. 13. P.1297-1307, 2004.

KASSEBAUM, N.J. SMITH, A.G.C.; BERNABÉ, E. et al Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. **J. Dent. Res.** 2017, 96, 380–387.

LIU et al. O impacto do bloqueio do coronavírus na saúde bucal e seus problemas associados de pré-escolares na China: uma pesquisa transversal on-line. **BMC saúde bucal.** 2021;21(1):1-6.

LIMA, S. L. A.; SANTANA, C.C.P.; PASCHOAL, M.A.B.; FERREIRA, M.C. Impact of untreated dental caries on the quality of life of Brazilian children: population-based study. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 28, n. 4, p. 390-399, 2018.

LOE, H.; SILNESS, J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. **Acta Odontologic Scandinava**, v. 21, p.533-551, 1963.

MATOS, M.G. et al. A saúde bucal dos cuidadores está relacionada à cárie dentária em crianças ou adolescentes? Uma revisão sistemática. **Clin Investig Oral.** 23(10):3843-3854; 2019.

MEHTA, A.; BHALLA, S. Assessing consequences of untreated carious lesions using pufa index among 5-6 years old school children in an urban Indian population. **Indian J Dent Res** 2014;25:150-3.

OLAK, J. et al. A influência do comportamento e percepção de saúde bucal das mães na saúde bucal de seus filhos. **EPMA J.** 2018 Abr 26; 9(2):187-193.

OLIVEIRA, C.M.; SHEIHAM, A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. **J Orthod**; 31:20-7, 2004.

PERES, M.A.; MACPHERSON, L.M.D.; WEYANT, R.J., et al. Doenças bucais: um desafio global à saúde pública. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2020, 17(1), 109; 2019 Jul.

PAL, D.K. Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. *J Epidemiol Community Health*. 1996;50(4):391-396.

PETERSEN, P.E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 Suppl 1:3-23.

PIASSI, E.; ANTUNES, L.S.; GRAÇA, T.C.A.; ANTUNES, L.A.A. The Impact of Mixed Dentition Malocclusion on the Oral Health-Related Quality of Life for Children and Their Families: A Case-Control Study. *J Clin Pediatr Dent*, v. 43, n. 3, p. 211-217, 2019.

RAMADAN. Cárie dentária em crianças brasileiras: tendência e polarização. *Disciplinarum Scientia. Série. Ciênc Saúde*; 15(1):137-46, 2014.

SAMUEL, S.R., KUDURUTHULLAH, S.; KHAIR, A.M.B. et al. Dental pain, parental SARS-CoV-2 fear and distress on quality of life of 2 to 6year-oldchildren during COVID-19. *International Journal of Pediatric Dentistry*. 2021;31(3).

STEIN, R.E.; JESSOP, D.J. The impact on family scale revisited: further psychometric data. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24:9-16.

SUN, J.; XU, Y.; QU, Q.; LUO, W. Knowledge of and attitudes toward COVID-19 among parents of child dental patients during the outbreak. *Braz Oral Res*. [Internet] 34, 2020.

SISCHO, L.; BRODER, H. L. Oral health-related quality of life: what, why, how and future. *Journal of Dental Research*, v. 90, p. 1264-1270, 2011.

TEOH J. Y.; ONG, W.L.K.; GONZALEZ-PADILLA, D. et al. A Global Survey on the Impact of COVID-19 on Urological Services. *European Urology*, v. 78, p. 265-275, 2020.

TAGLIETTA, M.F.A.; BITTAR, T.O.; BRANDÃO, G.A.M.; VAZQUEZ, F.L.; PARANHOS, L.R.; PEREIRA, A.C. Impacto de um programa de promoção de saúde escolar sobre a redução da prevalência da cárie em crianças pré-escolares de Piracicaba – SP. *RFO UPF*. 2011;16(1):13-17.

TESH, F. C.; OLIVEIRA, B.H.; LEÃO, A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 23 (11). Nov 2007

VARGAS, C.M.; CRALL, J.J.; SCHNEIDER, D.A. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994. *J Am Dent Assoc*; 129:1229-38, 1998.

VAN DER GELD, P.; OOSTERVELD, P.; HECK, G.V.; KUIJPERS-JAGTMAN, A.M. Self-perception and influence on personality. *Angle Orthod*. 2007 Sep;77(5):759-65.

WHO. World Health Organization. **Oral health surveys, basics methods**. Geneva: WHO, 5th ed. 2013.

APÊNDICE 1



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS COORDENAÇÃO DE PESQUISA – COPES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Você está sendo convidado(a) a autorizar a participação do seu filho como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se autoriza a participação ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que você tiver. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

O risco dessa pesquisa é considerado mínimo, uma vez que envolve apenas o desconforto do tempo investido em responder às perguntas do questionário. Estima-se que o preenchimento deste questionário dure aproximadamente 10 minutos.

A sua participação não é obrigatória, mas se o (a) senhor (a) resolver autorizar a participação do seu filho, seu nome, ou qualquer outra identificação, não aparecerá na pesquisa. Apenas as informações e os dados, que constam nos questionários, serão usados. Terminada a pesquisa, os resultados, que são de minha inteira responsabilidade, estarão à sua disposição, sem qualquer despesa.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **IMPACTO FAMILIAR E PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 EM CRIANÇAS DE 8 A 10 ANOS DE IDADE NO MUNICÍPIO DE LAGARTO, SERGIPE, BRASIL**

♦ **Pesquisadora Responsável:** Karla Isabella Menezes de Jesus (karlaisabella13@hotmail.com). Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (79) 9 9961-5281.

♦ **Informações Gerais:** A pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto familiar e problemas de saúde bucal durante a pandemia da covid-19 em crianças de 8 e 10 anos de idade no município de Lagarto, Sergipe, Brasil. Será aplicado um questionário para coleta de dados buscando obtenção de informações socioeconômicos e demográficos, hábitos de higiene bucal, relato de problemas de saúde bucal no período da pandemia etc. Além disso, será realizado exame clínico extra e intrabucal seguido de orientação de higiene bucal e distribuição de kits odontológicos com escova dental e dentifrício fluoretado.

Benefícios: Essa pesquisa não trará benefícios diretos a você. Os benefícios ao participante da pesquisa e à população em geral virão de forma indireta após a conclusão da pesquisa, uma vez que os resultados contribuirão para o incentivo à melhoria das condições de saúde bucal.

Riscos Potenciais: Este estudo apresenta desconforto e risco mínimo para os participantes, já que poderá gerar algum incômodo em responder o questionário. Entretanto o mesmo será esclarecido dos objetivos do estudo e será garantido o sigilo de todas as informações coletadas.

Garantia de Sigilo: Todos os resultados fornecidos e obtidos durante a realização desse estudo serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador e a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Além disso, durante a análise dos dados a identificação do participante de pesquisa será preservada com a substituição de seu nome por um número, garantindo o anonimato. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Garantia de Acesso: Em qualquer parte do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para estabelecimento de eventuais dúvidas e poderá solicitar a qualquer momento os dados individuais coletados por este estudo.

Garantia de Ressarcimento e de Assistência: Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes de pesquisa, nem estes receberão qualquer vantagem financeira. O participante de pesquisa receberá assistência integral e imediata da coordenadora da pesquisa, de forma gratuita, bem como terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Eu _____ aceito a participação do meu filho de forma voluntária na pesquisa intitulada "Impacto da hipomineralização molar-incisivo no desempenho escolar de crianças de 8 a 10 anos de idade no município de Lagarto, Sergipe, Brasil".

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal de Sergipe – Campus Prof. João Cardoso Nascimento, Rua Cláudio Batista, s/n, Cidade Nova, Aracaju/SE, CEP 49060-108.

Web: <http://cep.ufs.br/pagina/2160>

Telefone (79) 3194-7208.

O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução CNS nº 466 de 2012).

APÊNDICE 2

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
Coordenação de Pesquisa – COPES

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário N° _____ Data ____/____/____

DADOS DO RESPONSÁVEL

Quem é o responsável pelo preenchimento do questionário?

0. Mãe 1. Pai 3. Outro (Quem?) _____

Profissão do responsável: _____

Idade do responsável: _____

Renda familiar (salários mínimos): 1 2 3 4 5 6 ≥ 7
Escolaridade do responsável (anos de estudo formal):

Estado civil do responsável: 0. Casado/ união estável 1. Solteiro 2. Viúvo 3. Divorciado

Situação de emprego: 0. Empregado 1. Desempregado 3. Outro

Número de pessoas vivendo no mesmo domicílio com a criança:

Tipo de domicílio: 0. Próprio 1. Alugado/ cedido

Número de cômodos do domicílio: _____

Água do domicílio é de abastecimento público? 0. Sim 1. Não 2. Não sabe
3. Não reside em Lagarto

DADOS DA CRIANÇA

Sexo da criança: 0. Masc 1. Fem

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Raça: 0. Branca 1. Amarela/ Indígena 2. Negra/ Parda 3. Outra

Tipo de escola: 0. Particular 1. Pública municipal 2. Pública estadual

Nome da escola: _____

Série em que a criança estuda: _____

HISTÓRIA MÉDICA

A criança tem algum problema de saúde? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual(is)? _____

A criança faz uso contínuo de medicações? 1. Sim 0. Não

Quais medicações? _____

A mãe teve alguma doença ou usou algum medicamento durante a gestação da criança?

1. Sim 0. Não Se sim, qual? _____

Realizou pré-natal: 0. Sim 1. Não

Se sim, número de consultas do pré-natal: _____

Tipo de parto: 0. Normal 1. Cesariana

Peso ao nascer: _____

Nascimento: 0. de acordo com a data provável do parto 1. antes da data provável do parto 2. depois da data provável do parto

Teve problemas/ intercorrências durante o parto? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual(is)? _____

A criança teve problemas de saúde/ intercorrências após o parto? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual(is)? _____

Tipo de Aleitamento: 1. Aleitamento totalmente artificial 2. Aleitamento materno parcial 3. Aleitamento materno exclusivo

Duração (em meses): _____

A criança teve alguma doença durante os três primeiros anos de vida? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual(is)? _____

Criança tem alguma alergia? 1. Sim 0. Não

Qual? _____

Criança fez uso de antibióticos nos três primeiros anos de vida? 1. Sim 0. Não

Se sim, qual? _____

HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

Criança já foi ao dentista? 1. Sim 0. Não **Se sim:**

Com qual idade? _____ **Por qual motivo?** _____

Há quanto tempo? 0. Menos de seis meses 1. Entre dois anos e seis meses 2. Mais de dois anos

Onde a criança foi atendida? 0. Unidade Básica de Saúde 1. Centro de Especialidades Odontológicas 2. Hospital Público 3. Consultório Particular 4. Cursos/ Universidades

Comportamento da criança durante o tratamento odontológico: 0. Colaborou completamente 1. Colaborou parcialmente 2. Chorou só no início do atendimento 3. Chorou durante todo o atendimento 4. Foi necessária contenção 5. Foi encaminhado para tratamento sob anestesia geral

Que tipo de tratamento realizou? _____

Já sofreu traumatismo dentário? 1. Sim 0. Não

Se sim, descreva em mais detalhes (Onde – qual dente; Quando – há quanto tempo e; Como?): _____

Procurou atendimento médico ou odontológico após o traumatismo? 1. Sim 0. Não

Já teve dor de dente? 1. Sim 0. Não

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

Com que idade a criança começou a fazer a higiene bucal? 0. Antes do nascimento do primeiro dente 1. Após nascimento do primeiro dente (**Idade em meses** _____)

Número de escovações diárias _____

Quem realiza a escovação? _____

Usa pasta de dente com flúor? 1. Sim 0. Não

Usa fio dental? 1. Sim 0. Não

Usa algum tipo de enxaguante bucal (bochecho)? 1. Sim 0. Não

Apresenta ou apresentou algum desses hábitos? 1. Chupar de dedo 2. Chupar de chupetas

3. Ranger os dentes 4. Coloca a língua entre os dentes 5. Morder objetos (lápiz/ caneta)

6. Respirar pela boca 7. Onicofagia: roer unhas 8. Outros: _____

Como o responsável classifica a saúde bucal da criança: 1. Péssima 2. Regular 3. Nem boa/ nem ruim 4. Boa 5. Excelente

Qual a principal dificuldade para manter a saúde bucal da criança?

Ingestão de guloseimas ou doces: 1. Todos os dias da semana 2. Três a cinco vezes por semana 3. Nos finais de semana 4. Raramente 5. Não ingere

APÊNDICE 3

FICHA CLÍNICA DA CRIANÇA Nº _____

Data do exame ____/____/____

Idade (em anos): _____

Sexo: 0. Masculino 1. Feminino

Série: _____

Nome da Escola: _____

EXAME CLÍNICO EXTRABUCAL

- () assimetrias () palidez facial () alterações no vermelhidão dos lábios
() linfonodos cervicais aumentados () aumento de parótida
() outras alterações visíveis (especificar)

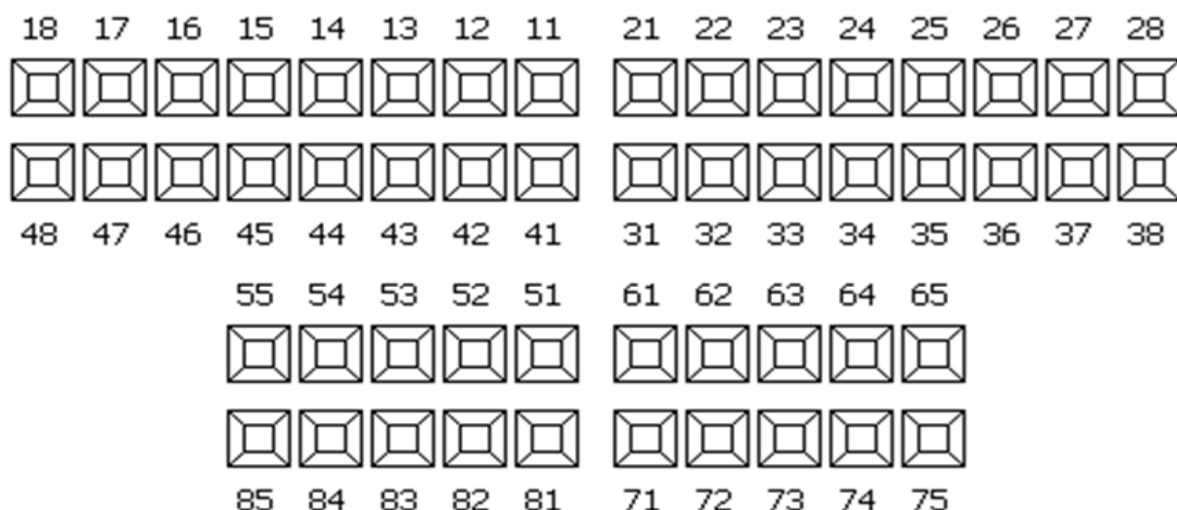
EXAME CLÍNICO INTRABUCAL

ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL: Presença de sangramento gengival 1.(
) Sim 0.() Não

16/55		11/51		26/65	
46/85		31/71		36/75	
TOTAL					

CÓDIGOS: 0 = gengiva normal com ausência de inflamação – gengiva sem alteração de cor e com grau de pontilhado variável, sem sangramento à sondagem; 1 = inflamação gengival leve – ligeira mudança de cor, leve edema, com sangramento à sondagem; 2 = Inflamação gengival moderada – vermelhidão e edema, com sangramento à sondagem; 3 = Inflamação gengival intensa – vermelhidão acentuada e edema, com a presença ou não de ulceração e tendência para sangramento espontâneo.

DENTES LIMPOS, SECOS E BEM ILUMINADOS. Circular de vermelho a superfície cavitada a ser restaurada. Os dentes que apresentarem restaurações satisfatórias, preencher a superfície restaurada em azul. Dentes com exodontia indicada, passar um traço vermelho. Quando as exodontias já tiverem sido executadas por outro profissional, fazer um X em azul sobre o dente.



ÍNDICE CPO-D/ceo-d – EXPERIÊNCIA DE CÁRIE: 1.() Sim 0.() Não

1	1	15/	14/	13/	12/	11/	21/	22/	23/	24/	25/	2	2
7	6	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	6	7
4	4	45/	44/	43/	42/	41/	31/	32/	33/	34/	35/	3	3
7	6	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	6	7

CÓDIGOS: (0)hígido; (1) lesão de cárie cavitada em esmalte; (2) lesão de cárie cavitada em dentina; (3) lesão de cárie cavitada em polpa; (4) dente restaurado com cárie; (5) dente restaurado sem cárie; (6) dente perdido devido à cárie; (7) dente perdido por outras razões; (8) selante em fissura; (9) prótese ou coroa; (10) dente não-erupcionado; (99) não registrado; (T) trauma.

ceo-d _____ c [] e [] o []
CPO-D _____ C [] P [] O []

NECESSIDADE DE TRATAMENTO: 1.() Sim 0.() Não

1	1	15/	14/	13/	12/	11/	21/	22/	23/	24/	25/	2	2
7	6	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	6	7
4	4	45/	44/	43/	42/	41/	31/	32/	33/	34/	35/	3	3
7	6	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	6	7

CÓDIGOS: (0) Sem necessidade; (1) Restaurar 1 superfície; (2) Restaurar 2 ou mais superfícies; (3) Coroa; (4) Faceta estética; (5) Tratamento pulpar + restauração; (6) Extração; (7) Controle de mancha branca; (8) Selante; (99) Sem informação

URGÊNCIA COM NECESSIDADE DE INTERVAÇÃO OU ENCAMINHAMENTO

CÓDIGOS: 0 = Sem necessidade de tratamento; 1 = Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina;

2 = Tratamento imediato incluindo remoção de tecido; 3 = Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal; 4 = Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica)

ÍNDICE DE TRAUMATISMO DENTÁRIO: Presença de traumatismo dentário 1.()

Sim 0.() Não

12/52	11/51	21/61	22/62
42/82	41/81	31/71	32/72

CÓDIGOS: 0 = Sem sinal de injúria; 1 = Injúria tratada; 2 = Somente fratura em esmalte; 3 = Fratura em esmalte e dentina; 4 = Envolvimento pulpar; 5 = Dente perdido devido a traumatismo; 6 = Outro dano (especificar, como alteração de cor); código 9 = Dente excluído

ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL – DAI

Número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos no arco superior	_____ x 6 =
Número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos no arco inferior	_____ x 6 =
Apinhamento anterior (0) Sem apinhamento; (1) um segmento apinhado; (2) dois segmentos apinhados	
Espaçamento anterior (0) Sem espaçamento; (1) um segmento espaçado; (2) dois segmentos espaçados	
Diastema em mm	_____ x 3 =
Desalinhamento maxilar anterior em mm	
Desalinhamento mandibular anterior em mm	
Overjet maxilar anterior em mm	_____ x 4 =
Overjet mandibular anterior em mm	_____ x 4 =
Mordida aberta vertical anterior em mm	_____ x 4 =
Relação molar ântero-posterior (0) normal; (1) meia cúspide; (2) uma cúspide	_____ x 3 =
TOTAL	_____ + 13 =

ESCORES DO DAI = 0. () ≤25 – Normal ou oclusopatia leve; 1. () 26-30 – Com oclusopatia definida; 2. () 31-35 – Com oclusopatia severa; 3. () ≥36 – Oclusopatia muito severa

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de Saúde Bucal e Impacto na Qualidade de Vida em Escolares entre 8 e 10 Anos de Idade do Município de Lagarto, Sergipe, Brasil

Pesquisador: NATALIA SILVA ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34214920.3.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe - Campus Lagarto - Nucleo de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.272.369

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1583958.pdf) e do "Projeto Detalhado / Brochura Investigador" (PROJETO_EPIDEMIOLOGICO.docx), postados em 29/07/2020.

Introdução:

Durante a infância e pré-adolescência, a ocorrência de determinadas condições ou doenças relacionadas à saúde bucal podem desencadear impacto negativo sobre o bem-estar físico, social e psicológico, prejudicando atividades diárias e a vida de crianças e seus familiares (BARBOSA et al., 2016; GARCÍA-PÉREZ et al., 2017). Essas condições podem causar dor, desconforto e alterações de comportamento para a criança, como medo e ansiedade (SCHUCH et al., 2015; MONTE-SANTO et al., 2018). A saúde bucal tem sido tradicionalmente avaliada com base em indicadores clínicos normativos. Contudo estes são muitas vezes insuficientes para determinar o real impacto das doenças e distúrbios bucais na vida dos indivíduos afetados (LIMA et al., 2018). A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é um conceito multidimensional que reflete a satisfação do indivíduo em relação a sua saúde bucal. Ele considera não apenas as condições clínicas, mas também experiências psicológicas e sociocomportamentais e consequências do estado de saúde bucal dos indivíduos (GARCÍA-PÉREZ

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



et al., 2017). A avaliação da QVRSB é uma importante ferramenta de saúde, tanto na avaliação clínica tradicional como em pesquisas em saúde. A influência de variáveis psicossociais, além das condições clínicas, na percepção dos indivíduos é vista, pois a QVRSB inclui uma avaliação subjetiva da saúde bucal, bem-estar funcional,

emocional, expectativas e satisfação com o cuidado e senso de autocuidado (SISCHO; BRODER, 2011). O interesse na avaliação da QVRSB entre crianças tem crescido nos últimos anos. Este cenário representa um grande avanço, pois as crianças em muitas comunidades ao redor do mundo são afetadas pela cárie dentária, traumatismos dentários, maloclusões e defeitos de desenvolvimento do esmalte (SCHUCH et al., 2015; GARCÍAPÉREZ et al., 2017; SIMÕES ET AL., 2017; LIMA et al., 2018; VELANDIA et al., 2018; GUIMARÃES et al., 2018; PORTELLA et al., 2019; MAGNO et al., 2019). Alguns instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar a QVRSB, como o Questionário de Percepção Infantil (CPQ) (FOSTER-PAGE et al., 2005). Esse questionário foi desenvolvido para duas faixas etárias diferentes (8-10 e 11-14) e foi validado para língua portuguesa no Brasil (GOURSAND et al., 2008; BARBOSA; TURELI; GAVIÃO, 2009; BARBOSA; VICENTIN; GAVIÃO, 2011). Estudos que avaliam o impacto da saúde

bucal na qualidade de vida de crianças podem melhorar a interação e comunicação entre pacientes, responsáveis, pesquisadores e profissionais.

Além disso, podem contribuir para a implementação de políticas públicas destinadas a minimizar desigualdades sociais, determinar as necessidades de tratamento, priorizar os cuidados, definir o tratamento apropriado, metas e resultados e avaliar os resultados das estratégias implementadas.

Todas essas ações podem resultar em importantes benefícios para as pessoas, com adoção de práticas odontológicas com base na comunidade, além de pesquisa clínica e políticas de saúde pública potencialmente efetivas (SCHUCH et al., 2015). Assim, o objetivo deste estudo transversal será avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de escolares entre 8 e 10 anos de idade de Lagarto, Sergipe, Brasil.

Hipótese:

Piores condições de saúde bucal impactam negativamente na qualidade de vida de crianças.

Metodologia Proposta:

Trata-se de estudo observacional, transversal, de base populacional com abordagem quantitativa que irá determinar as condições de saúde bucal de crianças entre 8 e 10 anos de idade matriculadas em escolas do município de Lagarto, Sergipe, Brasil. A população do estudo será

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

constituída por escolares com idade entre 8 e 10 anos, matriculados em instituições de ensino do município de Lagarto, Sergipe, Brasil. Lagarto é um município da região do estado de Sergipe, localizado na região nordeste do Brasil e possui população estimada de 104.408 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) (<http://www.ibge.gov.br>, acessado em 08.03.2020). Segundo dados do censo escolar da educação básica de 2018, 5.372 escolares estavam matriculadas em escolas públicas e privadas nos anos iniciais do Ensino Fundamental na cidade de Lagarto-SE (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, INEP, www.inep.gov.br acessado em 08.03.2020).

A amostra ideal para o desenvolvimento deste estudo será obtida através de cálculo utilizando o software Epi-info, no módulo STATCALC, versão 7.0, pela fórmula: $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z_{21-2}^2 * (N-1) + p * (1-p)]$, ajustada por um fator de correção (EDFF) para desenho do estudo de 1.0, onde N é a população (5.372). Considerou-se intervalo de confiança de 95% ($z_{21-2} = 1,96$) e limite de confiança (d) de 5,0%. Considerou-se a proporção (p) de 50% para aumentar o poder da amostra e assim obteve-se amostra de 359 escolares. Foi acrescido 10% para minimizar as possíveis perdas durante o estudo. Assim a amostra final ideal para este estudo será de 395 crianças. Para assegurar representatividade, a amostra será estratificada de acordo com a zona da cidade e o tipo de instituição. A amostra será estratificada com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Educação. A coleta de dados será realizada no período de setembro de 2020 a abril de 2021. Antes da coleta de dados, será realizado estudo piloto com 30 crianças frequentadoras da Clínica Odontológica Infantil da UFS, Campus Lagarto, para avaliar a metodologia proposta, instrumentos de coleta de dados e realizar treinamento dos examinadores para execução dos procedimentos do exame clínico e obtenção de Índice Kappa inter e intraexaminador. O exercício de calibração dos examinadores se dará em dois momentos: a) teórico – estudo de banco de imagens com classificação dos índices a serem analisados durante o estudo; e b) prático – exames clínicos presenciais durante o estudo piloto. Durante a etapa teórica, o pesquisador principal será considerado o padrão-ouro e os demais examinadores só passarão para etapa prática após obtenção de índice Kappa > 0,60 (WHO, 2013).

A coleta de dados será realizada em três momentos: 1) aplicação de questionário para obtenção de dados socioeconômicos e demográficos, intercorrências nos períodos pré, peri e pós-natais, hábitos de higiene bucal, etc; 2) aplicação de questionário de qualidade de vida aos participantes e seus respectivos responsáveis (CPQ 8-10); e 3) exame clínico extra e intrabucal seguido de

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



orientação de higiene bucal e distribuição de kits
odontológicos com escova dental e dentifrício fluoretado.

Critério de Inclusão:

Serão incluídas crianças na faixa etária de 8 a 10 anos de idade na data de realização do exame clínico e que permitam a realização desse exame da cavidade bucal, cujos responsáveis legais aceitem participar do estudo.

Critério de Exclusão:

Serão considerados não-elegíveis os escolares nos quais suas condições inviabilizem a realização do exame clínico, e/ ou aqueles cujos responsáveis não autorizarem a participação no estudo e/ ou aqueles que utilizem aparelho ortodôntico fixo. Serão ainda excluídos da pesquisa os indivíduos com alguma necessidade especial, que os impossibilitem de responder aos questionários sociodemográficos e de qualidade de vida.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão analisados no Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS® for Windows, versão 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Serão computados escores parciais de cada domínio, bem como escores gerais dos questionários de qualidade de vida (CPQ 8-10 e FIS). Para caracterização sociodemográfica e clínica da população estudada e descrição dos escores dos domínios dos questionários de qualidade de vida, será realizada análise descritiva dos dados, como medidas de tendência central (frequências, média, mediana, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão, intervalo interquartil). Na análise bivariada, serão utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson, Exato de Fisher, tStudent, Mann-Whitney e Kruskal Wallis para determinar a associação entre as variáveis dependentes e independentes. Para todos os testes será considerado o valor $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar condições de saúde bucal e o impacto destas na qualidade de vida de escolares entre 8 e 10 anos de idade no município de Lagarto, Sergipe, Brasil.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE **Município:** ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



Objetivo Secundário:

Determinar a prevalência das principais condições de saúde bucal apresentadas na amostra; Verificar a associação entre as condições de saúde bucal e as variáveis socioeconômico e demográficas e outros fatores relacionados à etiologia das doenças bucais;

Avaliar o impacto de cada condição de saúde bucal na qualidade de vida de acordo com a autopercepção das crianças e com a percepção dos pais e/ou responsáveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo apresenta desconforto e risco mínimo para os participantes. Riscos de natureza psicológica, tais como medo e ansiedade, serão minimizados por meio de conversas e a ajuda dos pais ou responsáveis para que os mesmos se sintam mais seguros. Além disso, as crianças podem sentir algum incômodo durante a realização do exame clínico bucal, entretanto, o mesmo será executado por profissionais capacitados e habilitados a fim de minimizar ao máximo qualquer desconforto.

Benefícios:

Os dados obtidos no estudo poderão servir de embasamento científico para o diagnóstico precoce, prevenção e adoção de condutas eficazes destinadas aos pacientes. Além disso, esses receberão orientações sobre higiene e escovação, que é imprescindível para manutenção e estabelecimento de saúde bucal. Os conhecimentos gerados também podem influenciar no planejamento do tratamento de crianças acometidas por problemas de saúde bucal. Será possível contribuir com novas informações para a construção do conhecimento sobre o assunto, além de subsidiar futuros estudos nesse campo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo observacional, transversal, de base populacional com abordagem quantitativa que irá determinar as condições de saúde bucal de crianças entre 8 e 10 anos de idade matriculadas em escolas do município de Lagarto, Sergipe, Brasil.

O objetivo deste estudo transversal será avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de escolares entre 8 e 10 anos de idade de Lagarto, Sergipe, Brasil.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 4.272.369

Desfecho Primário:

Presença de alterações bucais em crianças de 8 a 10 anos de idade.

Tamanho da Amostra no Brasil: 395

Intervenções a serem realizadas: APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS E EXAME CLÍNICO ODONTOLÓGICO.

Apoio Financeiro: FIANACIAMEN

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados conforme Norma Operacional CNS N° 001 de 2013 e as Res. 466/2012 e 510/2016 do CNS/CONEP/MS e Carta Resposta das pendências, exceto o Termo de Assentimento Livre e esclarecido.

Recomendações:

- Todos os documentos anexados pelo pesquisador devem possibilitar o uso dos recursos "Copiar" e "Colar" em qualquer palavra ou trecho do texto.
- Há necessidade que o pesquisador responsável assume o compromisso de que todos os Termos de apresentação obrigatória apresentados com assinatura digitalizadas, sejam postados com assinatura física, assim que as atividades presenciais da Instituição Proponente retomem as atividades presenciais. Esta postagem deverá ser via Notificação para o CEP-UFS.
- A pesquisadora responsável deverá respeitar as recomendações sanitárias vigentes em decorrência da epidemia. Em caso de modificação no cronograma ou interrupção da pesquisa, estes fatos deverão ser noticiados ao CEP-UFS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas (ARQUIVO "CARTA_RESPOSTA_epidemiologico.doc", POSTADO NA PLATAFORMA BRASIL EM 29/07/2020) ao Parecer Consubstanciado n° 4.171.794 emitido em 24/07/2020.

1ª. Pendência: 1) TCLE/TALE: 1.1 Omite informação acerca do ressarcimento: A Resolução CNS N° 466 de 2012, item II.21, define ressarcimento como "compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação". Ainda, o item IV.3.g orienta que o TCLE deve conter obrigatoriamente "explicitação

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.272.369

da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes". Adequar.

Resposta: Foi adicionado item ao TCLE para contemplar a garantia de ressarcimento bem como meio de cobertura de despesas.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

2ª. Pendência: 1.2 - Omite informação acerca da assistência gratuita, e quem se responsabilizará por ela: A Resolução CNS N° 466 de 2012 define dano associado (ou decorrente) da pesquisa o "agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa" (item II.6). Ainda no item V.6, a citada Resolução define que "O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa". Adequar

Resposta: Foi adicionado item ao TCLE para contemplar a informação acerca da assistência gratuita e responsável por esta.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

3ª Pendência: 1.34 Omite informação acerca da indenização: A Resolução CNS N° 466 de 2012 (item IV.3) define que "os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa" (item V.7). Adequar

Resposta: Foi adicionado item ao TCLE para contemplar a informação acerca da indenização aos participantes de pesquisa.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

4ª Pendência: 1.5 Não descreve os mecanismos adotados para a anonimização dos dados, por exemplo: por meio de codificação de dados, omissão de dados que possam identificar o

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 4.272.369

participante, substituição do nome por letra ou número na análise dos dados, entre outros. Adequar

Resposta: O mecanismo de anonimização dos dados foi adicionado no item sobre a garantia de sigilo aos participantes de pesquisa.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

5ª Pendência: 1.5 Corrigir o endereço do CEP que fica no Campus da Saúde. Não informa os meios de contato com o CEP e nem a sua função de proteção ao participante da pesquisa: O telefone (3194 -7208) e o endereço são minimamente exigidos pela Resolução CNS N° 466 de 2012. Estas informações são relevantes porque o participante de pesquisa (ou seu responsável legal) pode querer entrar em contato com o CEP para esclarecer dúvidas, fazer reclamações ou denúncia. Adequar.

Resposta: As alterações foram realizadas conforme solicitado.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

6ª Pendência: 1.6 Apresenta informações adicionais no campo de assinaturas: Embora se entenda que, do ponto de vista jurídico, o TCLE represente um contrato entre o participante de pesquisa e o pesquisador/patrocinador, o TCLE tem a função precípua de informar e respeitar a autonomia do participante de pesquisa e não propriamente de se estabelecer vínculo contratual entre as partes. Informações adicionais, além do nome e data de assinatura, não são considerados essenciais do ponto de vista bioético. Sendo assim, a Conep tem solicitado que informações como RG, CPF, endereço, entre outras sejam removidas do campo de assinatura. Adequar

Resposta: As informações adicionais do campo de assinaturas foram removidas.

ANÁLISE DA RESPOSTA: PENDÊNCIA ATENDIDA

Não foram observados óbices éticos.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS n° 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 – A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1583958.pdf	29/07/2020 23:41:34		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_epidemiologico.doc	29/07/2020 23:40:44	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_EPIDEMIOLOGICO.docx	29/07/2020 23:38:40	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/07/2020 23:38:07	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	29/06/2020 12:15:52	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	29/06/2020 12:14:44	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_APRESENTACAO_PROJETO.pdf	26/06/2020 18:01:46	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_SEMED.pdf	26/06/2020 18:00:35	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 4.272.369

Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/06/2020 17:57:00	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	26/06/2020 17:39:32	NATALIA SILVA ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 12 de Setembro de 2020

Assinado por:
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Rua: Senador

CEP: 49.060-110

UF: SE **Município:** ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

e-mail: cephu@ufs.br

ANEXO 2

ESCALA DE IMPACTO FAMILIAR (FIS)

ITEM - Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábios, boca ou maxilares do seu (sua) filho (a), com que frequência:	Nunca	Uma/duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Todos os dias
01. Você ou outro membro da família precisou de dispensa do trabalho (ex. dor, consultas, cirurgia)?	0	1	2	3	4
02. Seu (sua) filho (a) pediu mais sua atenção ou de outros da família?	0	1	2	3	4
03. Você ou outro membro da família teve menos tempo para si mesmo ou para família?	0	1	2	3	4
04. Você ou outro membro da família teve o sono interrompido?	0	1	2	3	4
05. Interferiu nas atividades da família em casa ou em outro lugar?	0	1	2	3	4
06. Você ou outro membro da família se sentiu perturbado?	0	1	2	3	4
07. Você ou outro membro da família se sentiu culpado?	0	1	2	3	4
08. Você ou outro membro da família se preocupou que seu (sua) filho (a) terá menos oportunidades na vida (ex. namorar, ter filhos, arrumar emprego)?	0	1	2	3	4
09. Você ou outro membro da família se sentiu desconfortável em lugares públicos (ex. lojas, restaurantes) com seu (sua) filho (a)?	0	1	2	3	4
10. Seu (sua) filho (a) discutiu com você ou outros da família?	0	1	2	3	4
11. Seu (sua) filho (a) ficou com ciúmes de você ou de outros membros da família?	0	1	2	3	4
12. Causou discordância ou conflito na sua família?	0	1	2	3	4
13. Seu (sua) filho (a) culpou você ou outra pessoa da família?	0	1	2	3	4
14. Causou dificuldades financeiras para sua família?	0	1	2	3	4

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL INFANTIL – 8 A 10 ANOS – VERSÃO CURTA – DATA: ____/____/____

1. Você é um menino ou uma menina? () menino () menina **2. Qual a sua idade?** _____

3. Quando você pensa em seus dentes ou boca, você acha que eles são:

() Muito bons () Bons () Mais ou menos () Ruins

4. Quanto seus dentes ou boca lhe incomodam no dia-a-dia?

() Nem um pouco () Só um pouquinho () Mais ou menos () Muito

ITEM – Agora responda algumas perguntas sobre o que aconteceu com seus dentes e sua boca nas últimas 4 semanas:	Nunca	Uma/ duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Todos os dias
05. Você teve dor em seus dentes quando tomou bebidas geladas ou comeu alimentos quentes?	0	1	2	3	4
06. Você sentiu alimento grudado em seus dentes?	0	1	2	3	4
07. Você teve dificuldade para morder ou mastigar alimentos duros, como maçã, milho verde na espiga ou bife devido aos seus dentes ou sua boca?	0	1	2	3	4
08. Você teve dificuldade para comer o que gostaria devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?	0	1	2	3	4
09. Você ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?	0	1	2	3	4
10. Você ficou preocupado porque você não é tão bonito quanto os outros por causa de seus dentes ou sua boca?	0	1	2	3	4
11. Você não quis sorrir ou rir quando estava com outras crianças devido a problemas nos seus dentes ou na sua boca?	0	1	2	3	4
12. Outras crianças tiraram sarro de você ou lhe apelidaram devido aos seus dentes ou sua boca?	0	1	2	3	4