



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE
CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES ATENDIDAS NA CLÍNICA
ODONTOPEDIÁTRICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE.**

MARIANA CISNEIROS SILVA DE OLIVEIRA

ARACAJU

2016

MARIANA CISNEIROS SILVA DE OLIVEIRA

Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares atendidas na Clínica Odontopediátrica da Universidade Federal de Sergipe.

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe.

Orientador: Prof. Dr. Wilton Mitsunari Takeshita

Co-orientadora: Prof. Dra. Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa

ARACAJU

2016

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por me amar e me conceder sabedoria em todos os momentos.

Aos meus pais e irmão pelo apoio e incentivo em todos os momentos de minha vida.

À Universidade Federal de Sergipe e a todos os professores que dela fazem parte, por todo o suporte necessário para a minha formação acadêmica ao longo de todo o curso.

Aos meus orientadores Wilton Mitsunari Takeshita e Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa pelo empenho, dedicação e colaboração para com este trabalho.

Por fim, agradeço a todos que me apoiaram direta ou indiretamente durante a minha graduação.

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. INTRODUÇÃO.....	3
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	4
4.1 Exame das condições de saúde bucal.....	4
4.2 Questionários.....	5
4.3 Análise Estatística.....	6
5. RESULTADOS.....	7
5.1 Índices ceo-d/IHOS.....	7
5.2 Condição Socioeconômica.....	8
5.3 Qualidade de vida.....	8
6. DISCUSSÃO.....	8
7. CONCLUSÃO.....	12
REFERÊNCIAS	12
FIGURAS.....	15
TABELAS.....	17
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	18
ANEXO 2 –Questionário Socioeconômico.....	19
ANEXO 3- Questionário B-ECOHIS.....	21
ANEXO 4-Ficha de Exame Clínico.....	23
ANEXO 5-Parecer CEP-UFS.....	24
ANEXO 6- Normas de publicação e submissão de trabalhos da Revista “Arquivos em Odontologia”.....	25

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS
PRÉ-ESCOLARES ATENDIDAS NA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE.**

**IMPACT OF ORAL HEALTH ON QUALITY OF LIFE OF PRESCHOOL
CHILDREN OF THE PEDIATRIC DENTAL CLINIC OF THE FEDERAL
UNIVERSITY OF SERGIPE.**

Mariana Cisneiros Silva de Oliveira*, Wilton Mitsunari Takeshita**, Eliana Mitsue Takeshita***

*Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe, mari.cisneiros@gmail.com

**Professor Adjunto do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, wnari@bol.com.br

***Professora Adjunta do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília, elianatakeshita@gmail.com

Rua Jairo Andrade Macedo, 29, Conjunto Orlando Dantas.

(79) 99940-7144/mari.cisneiros@gmail.com

1. RESUMO

Introdução: A presença de doenças bucais pode produzir um impacto na qualidade de vida de crianças pré-escolares e de seus pais, influenciando na saúde oral e bem-estar geral destas pessoas. **Objetivo:** Avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares e seus pais. **Materiais e Métodos:** Foi aplicado o questionário B-ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale), em 37 crianças de 3 a 6 anos atendidas na Clínica Odontopediátrica da Universidade Federal de Sergipe – Campus Aracaju. Além disso, foi aplicado o questionário de avaliação socioeconômica e posteriormente foi realizado o exame clínico para avaliar o índice de cárie das crianças, utilizando-se o índice ceo-d, e o índice de higiene oral simplificado. **Resultados:** Com relação à qualidade de vida, os resultados mostraram que as crianças e consequentemente suas famílias são afetadas pelo estado de saúde bucal, na qual as crianças que apresentaram maiores índices de cárie dentária também foram as mais afetadas em suas qualidades de vida em diversos aspectos. Em se tratando dos aspectos

socioeconômicos, na dimensão da renda familiar, foi observado que 51% dos pais recebiam de um até dois salários mínimos. E na dimensão do nível de escolaridade, 59% dos pais cursaram até o ensino médio. **Conclusão:** Com base no resultado da análise de aspectos multidimensionais presentes neste trabalho, pôde-se concluir que a saúde bucal interfere diretamente na qualidade de vida das crianças pré-escolares e de sua família, onde quanto maior o índice de cárie, maiores as interferências desta doença na vida e no bem-estar destas crianças e de suas famílias.

Descritores: qualidade de vida, saúde bucal, cárie dentária.

2. ABSTRACT

Background: The presence of oral disease can have an impact on quality of life of preschool children and their parents, influencing oral health and general well-being of these people. **Objective:** To evaluate the impact of oral health on quality of life of preschool children and their parents. **Materials and Methods:** A questionnaire B-ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale) was applied to 37 children aged 3 to 6 years attending the pediatric dental clinic of the Federal University of Sergipe - Aracaju Campus. In addition, a socioeconomic assessment questionnaire was applied and was subsequently performed clinical examination to assess the children caries index, using the dmft, and the simplified oral hygiene index. **Results:** Regarding to the quality of life, the results showed that children and consequently their families are affected by the oral health conditions in which children who had higher caries rates also presented more affected in their quality of life in various aspects. In terms of socio-economic aspects, regarding the family income, it was observed that 51% of the parents received between 1 to 2 minimum wages and regarding the level of education, 59% of parents had completed high school. **Conclusion:** Based on the result of the analysis of multidimensional aspects presented in this work, it could be concluded that oral health directly affects the quality of life of preschool children and their families, where the higher the decay rate, the greater the impairing of this disease in the life and well-being of these children and their families.

Key-word: quality of life, oral health, dental caries.

3. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm-se verificado a ocorrência de um declínio na prevalência e na severidade das lesões de cárie em nível mundial. Isso tem ocorrido principalmente em função da promoção de saúde, em todos os níveis, aliada à aplicação, cada vez mais frequente, de medidas preventivas direcionadas ao controle da doença. No entanto, os índices da cárie dentária ainda permanecem altos e é a principal causa de intervenção na dentição decídua.

Crianças menores de seis anos de idade são afetadas, com relativa frequência, não somente por cárie dentária, mas também por traumatismos dentários, problemas de erupção dentária, patologias dos tecidos moles da boca e oclusopatias. Porém, a maior preocupação dos odontopediatras é o tratamento das alterações bucais, principalmente da cárie dentária, desconsiderando o impacto que a doença em si causa na qualidade de vida das crianças que são acometidas. Não se pode contestar que a importância do tratamento se sobrepõe ao seu impacto na qualidade de vida, entretanto, medidas que avaliam esse fator, têm sido consideradas de maneira crescente nos dias atuais resultando em um maior enfoque clínico sobre a medição da qualidade de vida como um complemento para a avaliação da saúde bucal, priorização do atendimento e avaliação dos resultados de estratégias de tratamento^{1, 2}. A qualidade de vida é um conceito subjetivo e sua interação com o campo saúde/doença eleva sua complexidade³. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “a percepção do indivíduo de sua posição na vida em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive”⁴.

Segundo Maltz⁵ “a cárie dentária tem sido responsável por mais dor e sofrimento que qualquer outra doença infecciosa”. Os efeitos negativos da cárie dentária sobre a vida das crianças incluem: dificuldade de mastigar, diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade para dormir, alteração no comportamento (irritabilidade e baixa autoestima) e diminuição do rendimento escolar^{6,7,8,9,10,11}. Foi relatado ainda que, quando uma criança apresenta um quadro de cárie rampante na primeira infância, o bem-estar da família pode ser comprometido: os pais sentem-se culpados, e, por vezes, precisam faltar ao trabalho e ter despesas com o tratamento odontológico da criança¹².

Um estudo¹³ com crianças na faixa etária de 3 a 36 meses, que frequentavam a Clínica de Bebês da Universidade Federal de Sergipe, apresentou uma alta prevalência

da doença cária na primeira infância (24,2%) Entretanto, não foi avaliado o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida dessas crianças e seus familiares. Desta maneira, não há estudos na região de Aracaju - Sergipe que avaliem esses aspectos nas crianças e em seus familiares. O objetivo do presente trabalho foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares e seus pais, além de avaliar a percepção dos responsáveis sobre a condição de saúde geral e bucal, nas crianças atendidas na Clínica Odontopediátrica da Universidade Federal de Sergipe.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe - UFS (processo #54043116.1.0000.5546) foram selecionadas 37 crianças de 03 a 06 anos de idade de ambos os gêneros em atendimento na Clínica Odontológica do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, na disciplina de Odontopediatria. Os objetivos do trabalho foram minuciosamente explicados, a partir da leitura da Carta de Esclarecimento aos pais ou responsáveis, seguido pela assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foram aplicados dois questionários: um socioeconômico e outro para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças (B-ECOHIS). Foi então realizado exame clínico para verificar as condições de saúde bucal da criança, incluindo a avaliação da incidência de cária por meio do índice ceo¹⁴ e a presença de placa pelo índice de higiene oral simplificado (IHOS). As crianças e os pais foram orientados de acordo com o protocolo preventivo determinado na Clínica Odontológica, tanto quanto a higienização bucal e a utilização de dentífricos fluoretados. As crianças que necessitaram de tratamento odontológico foram atendidas pelos acadêmicos do Curso de Odontologia nas disciplinas de Odontopediatria I e II.

4.1 Exame das condições de saúde bucal

O exame clínico foi realizado por apenas um examinador previamente calibrado com a finalidade de assegurar a uniformidade de interpretação, compreensão e aplicação de critérios para a doença. As crianças foram examinadas deitadas em decúbito dorsal sob iluminação artificial do ambiente e do refletor acoplado ao equipamento odontológico.

Para a avaliação do índice de biofilme foi utilizado o índice de higiene oral simplificado (IHOS). Foi realizada a evidenciação de biofilme (Eviplac, Biodinâmica, Ibirapuã, PR, Brasil) para facilitar a observação. Foram avaliadas as superfícies dos seguintes dentes: vestibular do primeiro molar superior direito decíduo (55 V); vestibular do incisivo central superior direito decíduo (51 V); vestibular do primeiro molar superior esquerdo decíduo (65 V); lingual do primeiro molar inferior esquerdo decíduo (75 L); vestibular do incisivo central inferior esquerdo decíduo (71 V); lingual do primeiro molar inferior direito decíduo (85 L).

As escalas para placa variam de zero a três, de acordo com os seguintes critérios:

Grau zero (0) – ausência de biofilme ou mancha intrínseca;

Grau um (1) – presença de biofilme cobrindo não mais de 1/3 da superfície examinada ou ausência de biofilme, mas presença de mancha intrínseca;

Grau dois (2) – presença de biofilme cobrindo mais de 1/3, mas não mais de 2/3 da superfície examinada; poderá haver ou não presença de mancha intrínseca;

Grau três (3) – presença de biofilme cobrindo mais de 2/3 da superfície examinada.

Após a avaliação do índice de placa visível, o examinador realizou a profilaxia com pasta profilática e escova tipo Robson ou taça de borracha para auxiliar no diagnóstico de manchas brancas e círies incipientes. Em seguida, os dentes foram secos com ar da seringa tríplice para melhor visualização das superfícies dentárias. O exame clínico foi realizado somente por inspeção visual com auxílio de espelho bucal e a anotação na ficha foi realizada através de uma abordagem sistemática por quadrante para o exame de círie dentária (ceo-d). Obedecendo aos códigos: onde “c” é o número de dentes cariados, “e” eram os com extração indicada e “o” os dentes obturados ou restaurados. Para a confirmação do diagnóstico de lesão de círie, uma sonda clínica exploradora com ponta inativa foi utilizada. Foram seguidos os critérios e os códigos estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde¹⁴.

4.2 Questionários

O questionário socioeconômico apresentou perguntas objetivas, com abordagem de assuntos como identificação, renda familiar, hábitos alimentares, condições de saúde,

acesso a serviços de saúde, medidas de cuidado em saúde bucal, frequência de açúcar, escovação e visitas ao dentista.

A qualidade de vida das crianças foi avaliada por meio da aplicação do questionário sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças na idade pré-escolar (B-ECOHIS). O questionário é composto por treze itens originais, sendo que nove avaliam o impacto dos problemas bucais sobre a criança e quatro avaliam os problemas bucais da criança sobre a sua família e mais um sugerido pelo grupo de especialistas¹⁵. O método de aplicação dos questionários foi realizado por meio de entrevista para garantir que todas as perguntas fossem respondidas. Antes da aplicação do questionário, os pais e/ou responsáveis foram orientados sobre as questões contidas no mesmo, de que elas se referiam à saúde bucal de seus filhos; que algumas perguntas poderiam parecer iguais, mas que todas eram diferentes; que algumas poderiam ser sobre problemas que as crianças podiam não ter, mas que a informação seria muito importante; que não havia respostas certas ou erradas, caso não tivesse certeza de como responder a uma pergunta, que desse a melhor resposta. Foi solicitado aos pais que considerassem toda a vida da criança ao responder as questões. Um segundo questionário contendo perguntas sobre a percepção dos pais e/ou responsáveis a respeito do estado de saúde geral e bucal das crianças e quanto ao impacto dos problemas bucais sobre o bem estar¹⁶ das mesmas também foi aplicado sob forma de entrevista.

4.3 Análise estatística

Após a entrevista, os dados coletados foram armazenados em um banco de dados e calculou-se o ceo-d, pela somatória dos itens cariados, extração indicada e obturados; e o IHO-S, pela somatória das escalas de cada dente (escores 0, 1, 2 e 3) dividido pelo número de dentes avaliados. O ceo-d foi categorizado de acordo com a gravidade de Cárie Precoce na Infância (CPI), baseados nos escores previamente descritos: ceo-d 0 – 5 = baixa gravidade e ceo-d 6 = alta gravidade. Já o IHO-S foi categorizado de acordo com sua classificação proposto por Greene e Vermillion¹⁷, sendo os scores: bom (valores entre 0 e 1,5), regular (valores entre 1,6 e 2,5) e péssimo (valores acima que 2,6). Com relação as respostas de cada questão do ECOHIS foram categorizadas e codificadas: 0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = com frequência; 4 = com muita frequência; e 5 = não sei.

Foi utilizado o programa *Software SPSS version 17.0 (SPSS Inc., Chicago, United States)*. Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva das variáveis demográficas, socioeconômicas e clínicas envolvidas no estudo e das respostas obtidas com o ECOHIS. Os escores do ECOHIS, total e por domínios foram calculados a partir da somatória dos códigos das respostas. Foram testadas com relação à normalidade da distribuição com o teste de Shapiro-Wilk. Como a distribuição das variáveis não apresentou distribuição normal, foram utilizados testes não paramétricos. Para a comparação entre os escores obtidos com o ECOHIS, nas diferentes categorias de acordo com a gravidade da CPI, foi empregado o teste de Kruskal-Wallis para diferença estatística significante quando $p<0.05$.

5. RESULTADOS

Foram selecionadas 37 crianças, sendo essa amostra composta de 18 crianças do gênero feminino e 19 do gênero masculino, com idade média de 5 anos. A idade média dos pais que responderam o questionário foi de 34 anos. Do total de crianças atendidas, 29 foram acompanhadas pelas mães e os demais foram acompanhados pelos pais e avós.

5.1 Índices ceo-d/IHOS

Com relação ao índice ceo-d, os valores médios ($\text{média}\pm\text{DP}$) do índice ceo-d, estão descritos na tabela 1. A partir dos valores obtidos a amostra foi dividida em dois grupos, o primeiro corresponde a um índice ceo-d entre 0 e 6 (20 pacientes) e o segundo corresponde a um índice ceo-d maior que 6 (17 pacientes). Em ambos os grupos observou-se que o componente cariado foi o mais encontrado (Figura 1). O grupo de baixa gravidade obteve uma média de 3,3 deste índice, enquanto que o grupo de alta gravidade obteve uma média de 10,4 do mesmo índice.

Com relação ao índice de biofilme, os valores médios do IHO-S foram $1,8\pm0,6$. A Figura 2 mostra a distribuição do IHO-S de acordo com sua classificação proposta por Greene e Vermillion¹⁷. Em relação aos grupos determinados pela gravidade do CPI, o grupo de baixa gravidade obteve um valor médio de IHO-S de 1,69 enquanto que o grupo de alta gravidade obteve uma média de 1,9.

5.2 Condição Socioeconômica

Em se tratando do aspecto socioeconômico, a renda familiar também foi avaliada neste estudo através de questionário. Em se tratando da divisão dos dois grupos anteriormente citada, o primeiro grupo apresentou 80% de pacientes com renda familiar acima de 1 salário mínimo. Já o segundo apresentou 70% de pacientes com renda familiar acima de 1 salário mínimo. A renda familiar média foi de 1 até 2 salários mínimos (Figura 3).

Segundo a avaliação dos aspectos socioeconômicos, foi possível notar que o nível de escolaridade dos pais em sua maioria foi de até o ensino médio como mostra na Figura 4. Diante dos resultados de ambos os grupos inicialmente divididos, não houve diferença entre a escolaridade dos pais.

5.3 Qualidade de vida

As respostas de cada questão do ECOHIS foram categorizadas e codificadas: 0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = com frequência; 4 = com muita frequência; e 5 = não sei. Através desses escores pode-se avaliar estatisticamente a diferença entre ambos os grupos, podendo então afirmar que os pacientes que estão no grupo com índice $0 < \text{ceo-d} < 6$ possuíram indícios de qualidade de vida melhores que os pacientes incluídos no grupo com índice $\text{ceo-d} > 6$. Pode-se observar esse resultado nas tabelas 2 e 3.

Através dos resultados obtidos observa-se uma discrepância entre o número de respostas “com frequência” e “com muita frequência” entre os dois grupos, no qual o grupo $0 < \text{ceo-d} < 6$ somou-se 4 destas respostas, enquanto que grupo $\text{ceo-d} > 6$ obteve um somatório de 30 respostas dentro de ambas as respostas durante as perguntas do questionário. Com relação ao total de todas as somatórias dos códigos das respostas, o grupo com $0 < \text{ceo-d} < 6$ apresentou um valor de 155 e o total do grupo com $\text{ceo-d} > 6$ foi de 239. A partir do cálculo dos escores, foi aplicado o teste de estatístico e obteve-se o valor da diferença estatística significante ($p=0.0235$).

6. DISCUSSÃO

Diante dos resultados obtidos e com base na literatura existente sobre a relação entre saúde bucal e qualidade de vida em crianças, pode-se afirmar que a qualidade de

vida possui caráter subjetivo e envolve amplas competências. Este estudo evidenciou que a cárie dentária traz influências além da odontologia. Segundo Petersen¹⁸, apesar da grande evolução em relação à saúde bucal nos últimos anos, muitos indivíduos em todo o mundo, em especial os mais desfavorecidos economicamente, ainda são afetadas por problemas bucais como a cárie e a doença periodontal.

Nesta pesquisa o valor médio do índice CEO-D foi de 6,57, sendo o componente cárie com maior impacto sobre este, com valor médio de 4,51. Já o componente restaurado ou obturado apresentou valor médio de 1,27. Com isso, observou-se um alto índice de lesões cariosas não tratadas quando comparadas aquelas já restauradas. Com relação ao IHO-S, os grupos determinados pela gravidade do CPI, grupo de baixa e alta gravidade, apresentaram um valor médio de IHO-S de 1,69 e 1,9; respectivamente. Analisando os dois índices utilizados no presente estudo, observou-se que o este não apresentou significância estatística com relação ao índice de cárie, pois o valor médio nos dois grupos foram próximos e diante disso, podemos afirmar que o índice de higiene oral não influenciou no índice de cárie, e vice-versa.

O método de avaliação do estado de saúde bucal relacionado com o impacto na qualidade de vida mais utilizado atualmente em crianças pré-escolares é o questionário ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale), criado por Bavhna Talekar Pahel, R. Gary Rozier e Gary D. Slade, pesquisadores da Universidade da Carolina do Norte (Chapel Hill, Estados Unidos)¹⁹. O crescente uso de questionários para avaliar a qualidade de vida em estudos multinacionais tem resultado na tradução de um mesmo instrumento para diferentes línguas e têm sido publicadas orientações específicas sobre o processo de tradução, buscando garantir equivalência entre a versão original e a traduzida²⁰. O questionário final ECOHIS, versão em português, com 13 itens originais e mais um sugerido pelo grupo de especialistas foi avaliado quanto à equivalência de mensuração em outro estudo, no qual se buscou verificar as propriedades psicométricas (consistência interna, validade de construto, e confiabilidade teste-reteste) do ECOHIS brasileiro¹⁵. Este estudo demonstrou que o questionário B-ECOHIS, como foi denominado, pode ser confiável e válido para avaliar o impacto negativo das disfunções orais na qualidade de vida de crianças pré-escolares². O B-ECOHIS é composto por 13 itens distribuídos em duas seções: a Seção de Impacto na Criança (SIC) e a Seção de Impacto na Família (SIF). A SIC tem quatro domínios: sintomas na criança (pergunta

1), função da criança (perguntas 2 a 5), psicológico da criança (perguntas 6 e 7) e autoimagem e interação social da criança (perguntas 8 e 9). A SIF tem dois domínios: aflição dos pais (perguntas 10 e 11) e função na família (perguntas 12 e 13).

Neste estudo, a doença cárie foi relacionada de forma mensurável com a qualidade de vida das crianças e de suas famílias. É importante salientar que uma pequena parte dos pais das crianças com índice elevado de cárie, não relatou impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida dos seus respectivos filhos, principalmente no domínio psicológico, em que dificilmente relacionou-se tais problemas com a saúde bucal das crianças. Talvez isso ocorra pela falta de consciência dos pais com relação à saúde bucal ou até mesmo com a falta de consciência sobre a sintomatologia e outros aspectos.

Seguindo as perguntas do questionário ECOHIS, o grupo de crianças com alto índice de cárie (ceo-d >6) obteve mais queixas de dor de dente e outros fatores como dificuldade em comer certos alimentos ou pronunciar algumas palavras, problemas em dormir e estiveram mais ausentes da escola, tudo isso em virtude dos problemas gerados pela doença cárie. Desta maneira, os domínios sintomas e função apresentaram maior representatividade para esse grupo.

Os resultados do presente estudo corroboram com Peres *et al.*²¹ que em seus estudos afirmou que quanto maior o número de dentes atacados pela doença cárie e sem tratamento, maior a chance de a criança estar insatisfeita com a mastigação e outros fatores. Isso foi bastante perceptível, pois os resultados apontaram que o grupo ceo-d >6 apresentou qualidade de vida bastante afetada pela saúde bucal, uma vez que as respostas destes no questionário ECOHIS não foram tão satisfatórias, acarretando em escores maiores que os do grupo com índice ceo-d menor que 6. Isto confirma que a doença cárie pode causar dor, desconforto, limitações e outras condições decorrentes de fatores estéticos que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo²², acarretando problemas significativos na qualidade de vida do indivíduo, o que torna essencial entender como o indivíduo percebe a própria condição bucal, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção²³.

Sabendo que o questionário ECOHIS contém questões que abrangem os problemas inseridos na família e diante das respostas obtidas nas ultimas 4 perguntas, aquelas relacionadas a família da criança, pôde-se observar exatamente os que os

estudos descrevem sobre o impacto da saúde bucal na vida das crianças bem como na vida das famílias, pois este estudo comprovou a partir da análise dos dados obtidos com a afirmação de Pal²⁴, na qual as crianças são totalmente dependentes e a qualidade de vida da família também é afetada pelos problemas de saúde bucal da criança. Além disso, o presente estudo também compactuou com a afirmação dos estudos de Locker *et al.*²⁵, na qual ele diz que os instrumentos desenvolvidos para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças também devem abordar o impacto desses problemas sobre a qualidade de vida da família.

As variáveis de escolaridade e renda familiar dos pais foram analisadas e relacionadas com a existência de cárie na dentição das crianças examinadas, porém não houve relação entre baixo nível de escolaridade/baixa renda familiar e alto índice de cárie, já que comparando as respostas dos pais no questionário socioeconômico, os dois grupos deste estudo não apresentaram diferença de nível de escolaridade e renda familiar. Esse fato não corresponde aos achados descritos em estudos como os de Pereira²⁶ e Christensen²⁷, que relatam uma associação significativa entre essas duas variáveis e maiores experiências de cárie dentária, onde crianças que possuem pais com baixo nível de escolaridade e inseridas em famílias com baixa renda familiar são muito mais propícias a possuírem elevados níveis de cárie dentária.

Quanto às limitações da presente investigação, destaca-se o número de questionários coletados. Apesar da ênfase dada a participação das crianças, houve limitações com relação a faixa etária, já que o estudo foi realizado apenas com crianças pré-escolares atendidas na disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal de Sergipe.

Com base nesses resultados fica explícita a necessidade de existir mais instrumentos que auxiliem o cirurgião-dentista a avaliar não só a presença de alterações bucais nas crianças, como a qualidade de vida destas e de sua família por consequência, bem como as reais necessidades do tratamento dos grupos com maior risco. Com isso, deve-se tratar não somente os sinais causados por essas alterações, mas principalmente seus fatores etiológicos que concomitantemente apresentam maior intensidade no impacto da qualidade de vida das crianças

7. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos revelaram que a qualidade de vida está intimamente ligada à saúde bucal e que isto se torna ainda mais perceptível em crianças, já que foram registrados diferentes estados de saúde bucal e foram feitas diversas análises. Pôde-se também concluir que a saúde bucal das crianças é registrada nos pais e na família como um todo. Conclui-se que piores condições de saúde bucal proporcionaram impacto negativo na qualidade de vida de crianças pré-escolares e seus pais atendidas na Clínica Odontopediátrica da Universidade Federal de Sergipe.

REFERÊNCIAS

1. Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. The concept of need in dental care. *Int Dent J.* Set.1982; 32 (3): 265-70.
2. Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leão AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (BECOHIS). *BMC Oral Health.* 2001; 11-19.
3. Menezes KE, Pereira CAS, Pedro ACB, Dias AGA. Avaliação do impacto da doença cária na qualidade de vida de crianças com faixa etária de 6 a 12 anos, atendidas na clínica odontológica da Faculdade São Lucas. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.* Jan-abr. 2009; 21 (1): 24-30.
4. Frayman L, Cukiert A, Forster C., Ferreira VB, Buratini JA. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia de epilepsia. *Arq Neuropsiquiatr.* Mar. 1999; 57(1): 30-33.
5. Maltz, M. Cariologia AO. In: Toledo. Odontopediatria: fundamentos para prática clínica Premier: São Paulo, 1996. p.105-133.
6. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent.* 1996; 20(3): 209-12.
7. Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent.* 1999; 21(2): 109-13.
8. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent.* 1999; 21 (6): 325-26.

9. Acs G, Pretzer S, Foley M, Ng MW. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent. Set-out* de 2001; 23(5): 419-23.
10. Filstrup SL, Briskie D, Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent. Set-out*. 2003; 25(5): 431-440.
11. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública. , Set-out*. 2005; 21(5): 1550-6.
12. Anderson HK, Drummond BK, Thomson WM. Changes in aspects of children's oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. *Int J Pediatr Dent. Set.* 2004; 14(5): 317-25.
13. Cruz LD, Novais SMA, Grinfeld S, Menezes JPL. Avaliação do conhecimento dos pais e condição de saúde bucal de bebês de 3 a 36 meses. *ClípeOdonto-UNITAU*. 2010; 2(1): 2-9.
14. Organização Mundial de Saúde. Levantamento epidemiológico básico em saúde bucal: manual de instruções. 4^a. ed. Genebra: OMS; 1997.
15. Tesch FC, Oliveira BH, Leao A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Caderno de Saúde Pública*. Ago. 2008; 24 (8): 1897-1909.
16. Tesch FC, Oliveira BH, Leao A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. Nov. 2006; 23 (1): 2555-64.
17. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J.Amer. Dent. Jan.* 1964; 68(1): 7-13.
18. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Program. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31 (1): 3-23.
19. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 30: 5-6.

20. Herdman M, Fox-rushby J, Badia X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res.* 1997; 6 (3): 237-47.
21. Peres KG, Latorre MRDO, Peres MA, Traebert J, Panizzi M. Impacto da cárie e da fluorose dentária na satisfação com a aparência e com a mastigação de crianças de 12 anos de idade. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19 (1): 323-30.
22. Leão ATT, Cidade MC, Varela JR. Impactos da saúde periodontal na vida diária. *Rev Bras Odontol.* 1998; 55(4): 238-41.
23. Barrêto EPR, Cibele S, Paiva SM, Pordeus, IA. Qualidade de vida infantil: influência dos hábitos de higiene bucal e do acesso aos serviços odontológicos. *Rev Ibero-Amer Odontop Odontol Bebê.* 2004; 7(39):453-60.
24. Pal DK. Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. *J Epidemiol Community Health.* 1996; 50 (4): 391-96.
25. Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30 (6): 438-48.
26. Pereira SM, Tagliaferro EP, Ambrosano GM, Cortelazzi KL, Meneghim Mde C, Pereira AC.. Dental caries in 12-year-old schoolchildren and its relationship with socioeconomic and behavioural variables. *Oral Health Prev Dent.* 2007; 5 (4): 299-306.
27. Christensen LB, Petersen PE, Hede B. Oral health in children in Denmark under different public dental health care schemes. *Community Dent Health.* 2010; 27(2): 94-101.

FIGURAS:

Figura 1- Distribuição da amostra de acordo a distribuição do índice ceo-d nos grupos.

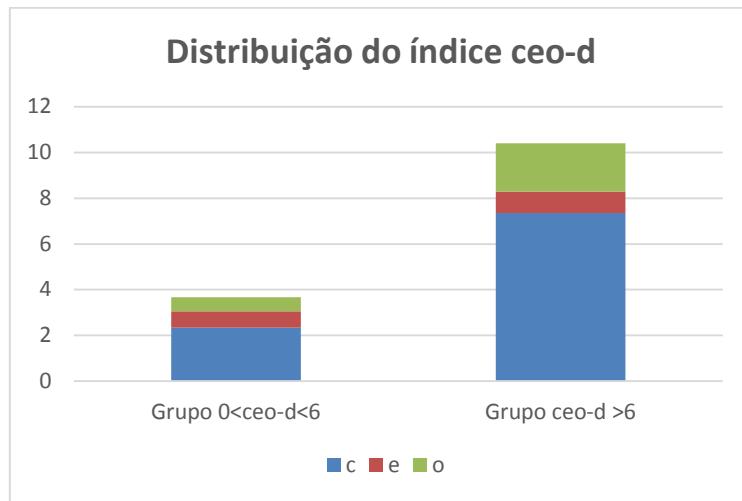


Figura 2- Distribuição da amostra de acordo a classificação do IHO-S (n=37).

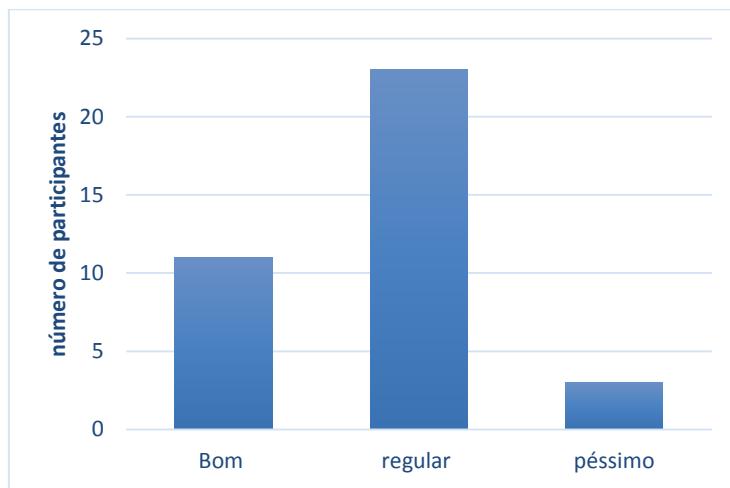


Figura 3- Distribuição da amostra de acordo com a renda familiar (n=37).

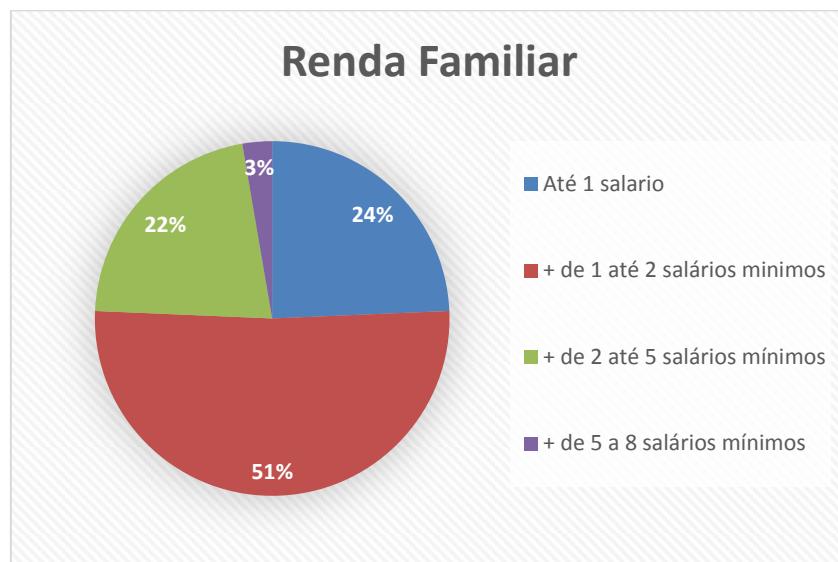
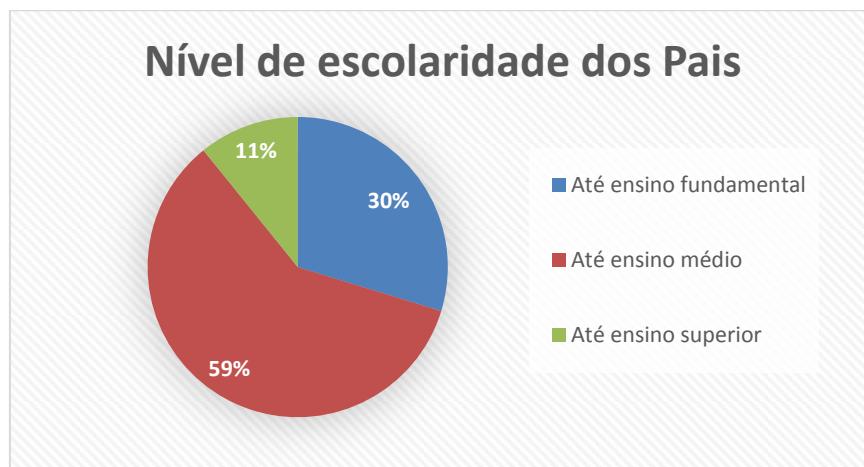


Figura 4- Distribuição da amostra de acordo com o nível de escolaridade dos pais (n=37).



TABELAS:

Tabela 1. Os valores médios (média±DP) do índice ceo-d, cariados (c), extração indicada (e) e obturados (o) (n=37).

	Média±DP
c	4,51 ± 4,39
e	0,78 ± 1,34
o	1,27 ± 2,34
ceo-d	6,57 ± 4,38

Tabela 2. Grupo de pacientes com índice 0<ceo-d<6

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Com frequência	Com muita frequência	Não Sei	Somatória dos códigos das respostas
Impacto na Criança							
Pergunta 1	7	5	6	2	0	0	23
Pergunta 2	15	2	3	0	0	0	8
Pergunta 3	13	2	5	0	0	0	12
Pergunta 4	13	5	2	0	0	0	9
Pergunta 5	13	3	4	0	0	0	11
Pergunta 5b	12	4	4	0	0	0	12
Pergunta 6	12	3	5	0	0	0	13
Pergunta 7	12	4	3	1	0	0	13
Pergunta 8	16	2	1	1	0	0	7
Pergunta 9	17	1	2	0	0	0	5
Impacto na Família							
Pergunta 10	12	4	4	0	0	0	12
Pergunta 11	9	3	8	0	0	0	19
Pergunta 12	15	2	3	0	0	0	8
Pergunta 13	18	1	1	0	0	0	3

Tabela 3. Grupo de pacientes com índice ceo-d>6

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Com frequência	Com muita frequência	Não Sei	Somatória dos códigos das respostas
Impacto na Criança							
Pergunta 1	1	3	6	6	1	0	37
Pergunta 2	10	2	3	1	1	0	15
Pergunta 3	5	5	4	2	1	0	23
Pergunta 4	14	1	2	0	0	0	5
Pergunta 5	11	1	4	0	1	0	13
Pergunta 5b	9	1	5	2	0	0	17
Pergunta 6	7	1	7	0	2	0	23
Pergunta 7	9	3	4	1	0	0	14
Pergunta 8	11	1	2	3	0	0	14
Pergunta 9	12	1	0	3	1	0	14
Impacto na Família							
Pergunta 10	9	2	3	2	1	0	18
Pergunta 11	4	2	11	0	0	0	24
Pergunta 12	7	4	4	2	0	0	18
Pergunta 13	14	2	1	0	0	0	4

Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares atendidas na Clínica Odontopediátrica da Universidade Federal de Sergipe”

Eu _____, portador da carteira de identidade _____. Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos: 1- Que este projeto tem a finalidade avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças. Para tanto, será necessário examinar a boca das crianças participantes e entrevistar os seus responsáveis, antes ou após as consultas odontológicas, sem prejuízo no atendimento do respectivo setor. 2- Estou ciente que não receberei pagamento pela aceitação em participar deste estudo, assim como não terei nenhum custo financeiro. 3- Que os procedimentos de preenchimento do questionário aos quais serei submetido não provocarão danos físicos ou financeiros. 4- Que meu nome será mantido em sigilo, assegurado assim a nossa privacidade e se desejar deverei ser informado sobre os resultados dessa pesquisa através do e-mail: elimitsue@yahoo.com.br. 5- Que posso recusar a participar a qualquer momento da realização da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou penalidade. 6- Autorizo também a utilização dos dados coletados em trabalhos científicos, seminários, reuniões científicas, jornadas, congressos e publicações em revistas e periódicos odontológicos, desde que minha identidade seja mantida em sigilo. Diante dos esclarecimentos prestados, eu, _____ autorizo a utilização das informações contidas no questionário por mim respondido, a respeito da qualidade de vida relacionada à saúde bucal da minha criança _____, assim como das obtidas através de exame clínico, como elemento de pesquisa conduzida pela Dra. Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa, professora do Departamento de Odontologia da UFS – Disciplina de Odontopediatria I e II, e Mariana Cisneiros Silva De Oliveira, aluna do curso de odontologia do Departamento de Odontologia da UFS. Aracaju, / /20_____.

Assinatura

Mariana Cisneiros Silva De Oliveira

Profa. Dra. Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa

Anexo 2 - Questionário socioeconômico

QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO

Nome (mãe): _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Data nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Nome do filho (a): _____

Data nasc: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Perguntas pertinentes à mãe:

1. Trabalha fora? () Sim () Não

Profissão: _____.

2. Você mora em: () casa () apartamento

() próprio (ou financiado) () alugado(a) () outro: _____

3. Quantas pessoas moram com você? _____.

4. Quantas trabalham? _____.

5. Por mês, qual a renda aproximada da família? () Nenhuma renda

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

6. Você frequenta ou frequentou a escola? () Sim () Não

7. Até que série (completo ou incompleto):

() até Ensino Fundamental () até Ensino Médio () até Ensino Superior

Perguntas pertinentes à criança:

1. Faz acompanhamento pediátrico? () Sim () Não

2. Possui alguma doença? () Sim () Não

3. Está realizando algum tipo de tratamento? () Sim () Não

4. Qual medicamento toma? _____.

5. Nasceu de parto: ()normal () cesárea

6. Foi amamentado no peito? () Sim () Não. Até quando? _____.

7. Tomou mamadeira? () Sim () Não. Até quando? _____.

8. Fazia mamada noturna? () Sim () Não. De qual tipo:

() leite materno () mamadeira () ou outro_____.

9. Quanta e qual refeição realiza por dia?

() café () lanche () almoço () lanche () jantar () lanche () outro _____

10. Alimenta-se diariamente de:

() sucos () refrigerantes () doces () vegetais () feijão () arroz
() carnes () pães () biscoitos () massas () frutas () legumes
() café () leite () chocolates () chicletes/ balas/ pirulitos

11. Quem cuidou da higiene bucal dele (a) até os dois anos de idade:

() Mãe () Avó () Creche () Outro: _____

12. A partir de dois anos, quem cuidou da higiene oral dele (a)?

() Mãe () Avó () Creche () Outro: _____

13. Possui escova de dente? () Sim () Não

14. Usa fio dental? () Sim () Não

15. Usa creme dental? () Sim () Não. Desde quando? _____

16. Contém flúor? () Sim () Não () Não sei

17. Quantas escovações por dia? () 1 () 2 () 3 () mais de 3

Anexo 3 – Questionário sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal na idade pré-escolar (B-ECOHIS)

Nome do pai / mãe: _____ Data: _____ / _____ / _____

Nome da criança: _____ Child ID: _____

QUESTIONÁRIO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS

Problemas com dentes, boca ou maxilares (ossos da boca) e seus tratamentos podem afetar o bem-estar e a vida diária das crianças e suas famílias. Para cada uma das 13 questões a seguir, por favor, marque com um X a opção que melhor descreve as experiências da sua criança.

1.Sua criança sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei	8.Sua criança evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei
2.Sua criança teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei	9.Sua criança evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei
3.Sua criança teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei	10.Você ou outra pessoa da família ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei
4.Sua criança teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei	11.Você ou outra pessoa da família se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei
5.Sua criança faltou à escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei	12.Você ou outra pessoa da família faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei
6.Sua criança teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei	13.Sua criança teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei
7.Sua criança ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários? () Nunca () Quase nunca () Às vezes (de vez em quando) () Com frequência () Com muita frequência () Não sei	

Questionário contendo critérios subjetivos utilizados para avaliar a percepção dos pais sobre o estado de saúde bucal, geral e o impacto global sobre a saúde da criança.

Hipótese	Variável	Mensuração
1) Pais de crianças que tenham mais impactos resultantes de problemas bucais, detectados pelo ECOHIS, devem perceber a saúde bucal das mesmas, medida por uma escala global como pior, quando comparados com pais de crianças com um número menor de impactos. (escores mais altos no ECOHIS/escores mais altos no item relativo à saúde bucal percebida)	Estado de saúde bucal percebido	<p>Comparando com outras crianças da mesma idade, como você considera o estado de saúde bucal (dentes e gengivas) da sua criança?</p> <p>Muito bom (1)</p> <p>Bom (2)</p> <p>Nem ruim nem bom (3)</p> <p>Ruim (4)</p> <p>Muito ruim (5)</p>
2) Pais de crianças que tenham mais impactos resultantes de problemas bucais, detectados pelo ECOHIS, devem perceber a saúde geral das mesmas, medida por uma escala global como pior, quando comparados com pais de crianças com um número menor de impactos. (escores mais altos no ECOHIS/escores mais altos no item relativo a saúde geral percebida)	Estado de saúde geral percebido	<p>Comparando com outras crianças da mesma idade, como você considera o estado de saúde geral da sua criança?</p> <p>Muito bom (1)</p> <p>Bom (2)</p> <p>Nem ruim nem bom (3)</p> <p>Ruim (4)</p> <p>Muito ruim (5)</p>
3) Há correlação positiva entre os escores obtidos no ECOHIS e os escores relativos a percepção dos pais sobre o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida das crianças, medidos por uma escala global (escores mais altos no ECOHIS/escores mais altos no item relativo ao impacto global dos problemas	Impacto global percebido	<p>Do nascimento até agora, o quanto o bem estar de sua criança foi afetado por causa de problemas com os dentes ou tratamentos dentários?</p> <p>Nada (1)</p> <p>Muito pouco (2)</p> <p>Mais ou menos (3)</p> <p>Bastante (4)</p> <p>Extremamente (5)</p>

Anexo 4 – Ficha de exame clínico

EXAME CLÍNICO

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Data do exame: _____

Presença de Biofilme:

55	51	65	85	81	75
----	----	----	----	----	----

Códigos:

Grau zero (0) – ausência de biofilme ou mancha intrínseca;

Grau um (1) – presença de biofilme cobrindo não mais de 1/3 da superfície examinada ou ausência de biofilme, mas presença de mancha intrínseca;

Grau dois (2) – presença de biofilme cobrindo mais de 1/3, mas não mais de 2/3 da superfície examinada; poderá haver ou não presença de mancha intrínseca;

Grau três (3) – presença de biofilme cobrindo mais de 2/3 da superfície examinada.

Odontodiagrama:

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Códigos:

h- dente hígido

c- dente cariado

e- dente com extração indicada

o- dente obturado ou restaurado

Comportamento durante o exame:

Códigos 1- não colaborador 2- colaborador com reserva 3- colaborador

Anexo 5 – Parecer CEP - UFS

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

– DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças pré-escolares atendidas na Clínica Odontopediátrica da Universidade Federal de Sergipe

Pesquisador Responsável: Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa

Contato Público: Eliana Mitsue Takeshita Nakagawa

Condições de saúde ou problemas estudados:

Descritores CID - Gerais:

Descritores CID - Específicos:

Descritores CID - da Intervenção:

Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 11/04/2016



– DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
Cidade: ARACAJU

– DADOS DO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5546 - Hospital Universitário de Aracaju/ Universidade Federal de Sergipe/ HU-UFS

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

Anexo 6 - Normas de publicação e submissão de trabalhos da Revista “Arquivos em Odontologia”.

O manuscrito deverá ser enviado em formato digital compatível com “Microsoft Word” em formato DOC ou DOCX. O texto deverá ser formatado em **tamanho A4, com fonte Times New Roman, tamanho 12**, e margem de 3cm em cada um dos lados. Todo o texto deverá conter espaço de 1,5, inclusive a página de identificação, resumos, agradecimentos e referências.

O texto (incluindo referências bibliográficas, tabelas, gráficos, fotos, e legendas) deverá ter um limite máximo de 20 (vinte) páginas. Todas as páginas deverão ser numeradas a partir da página do título.

Estrutura do manuscrito

1 –Página de rosto:

A primeira página do trabalho deverá conter:

Título do artigo: deverá ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**, de forma concisa e completa.

Artigos redigidos em português: títulos em português e inglês;

Artigos redigidos em inglês: títulos em inglês e português;

Artigos redigidos em espanhol: títulos em espanhol e inglês

Nome de todos os autores na ordem direta seguido de sua principal titulação, afiliação institucional e e-mail.

Endereço completo, telefone, fax e e-mail do autor correspondente, a quem deverá ser encaminhada toda a correspondência referente ao processo de submissão e publicação do artigo.

2 – Texto:

O texto deve conter:

Título do artigo: de acordo com as instruções para a página de rosto.

Resumo: deverá ser estruturado em Introdução, Objetivo, Materiais e Métodos (explicitando a análise estatística utilizada), Resultados e Conclusões, e conter no máximo **300** palavras. O Abstract deverá ser incluído antes das Referências, seguido dos Uniterms. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma.

Descritores: entre três e seis palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Para consulta, verificar a lista “Descritores em Ciências da Saúde”.

Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Abstract, Agradecimentos (quando houver) e Referências.

Os nomes dos autores citados no texto devem ser omitidos e substituídos pelo número sobrescrito correspondente ao da citação bibliográfica.

As **tabelas** devem ser confeccionadas em programa compatível com “Microsoft Word for Windows”, numeradas em algarismos arábicos e os respectivos títulos colocados em sua parte superior. A sua referência no texto é feita em algarismos arábicos. Devem ser apresentadas em folhas separadas (final do artigo). Deverá ser indicado, no texto, o local onde serão inseridas.

As **ilustrações** (gráficos, desenhos e fotos) devem ser aquelas estritamente necessárias à compreensão do texto. Devem ser numeradas em algarismos arábicos e os respectivos títulos colocados em sua parte inferior. Devem ser apresentadas em folhas separadas (final do artigo) e deverá ser indicado, no texto, o local onde serão inseridas. Gráficos, desenhos e fotos deverão ser enviados em formato TIFF ou JPEG em alta resolução (mínimo de 300 dpi).

Referências: A revista adota as normas de publicação do International Committee of Medical Journal Editors.

Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e inéditos não deverão ser citados na lista de referências e sim, em notas de rodapé.

As referências devem ser listadas pela ordem de aparecimento no texto, com um máximo de 30 referências.